



กรมสุขภาพจิต  
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

# หลักสูตร HERO Consultant

## สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์  
กรมสุขภาพจิต  
2561





# หลักสูตร HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

---

สถาบันพัฒนาการได้กราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

ปี 2561

## สารบัญ

	หน้า
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. คุณสมบัติของวิทยากร	2
4. ผู้เข้ารับการอบรม	2
5. สถานที่ฝึกอบรม	2
6. หลักสูตรและโครงสร้างหลักสูตร	2
7. การวัด การประเมินผลการฝึกอบรม	4
8. การจบหลักสูตร	5
9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
10. ตัวอย่างกำหนดการอบรม	5
11. คณะกรรมการรับผิดชอบ	6
12. รายละเอียดการดำเนินกิจกรรม	7
หน่วยที่ 1 ความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนอารมณ์ และพฤติกรรม	8
หน่วยที่ 2 วิชา ความสำคัญและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา	11
หน่วยที่ 3 วิชา โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย	17
หน่วยที่ 4 วิชาทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	37
หน่วยที่ 5 วิชาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อสร้างวินัยในตัวเด็ก	39
หน่วยที่ 6 วิชาทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์	41
14. ภาคผนวก	53
14.1 แบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังเข้าอบรม	53
14.2 แบบทดสอบทักษะ ก่อนและหลังเข้าอบรม	57
14.3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม	58
14.4 แบบสอบถามติดตามเพื่อประเมินผลหลังการอบรม	61
15. ประวัติวิทยากร	63
16. บรรณานุกรม	68

## (ร่าง)หลักสูตร HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

### 1. หลักการและเหตุผล

ปัญหาเด็กไทยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นปัญหาเรื้อรังที่สังคมไทยให้ความสนใจมาก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งมีการรายงานผลสำรวจทั้งระดับสติปัญญาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยหลากหลายองค์กร พบว่าเด็กไทยมีระดับสติปัญญาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพประชากรและความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยในอนาคต ปัญหาการเรียนที่เกิดขึ้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากการดูแลของครอบครัว คุณภาพการสอนการดูแลเด็กในชั้นเรียน รวมถึงปัจจัยตัวเด็กเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางสุขภาพจิตเด็กที่ส่งผลต่อการเรียน เช่น ภาวะสมาธิสั้น ซึ่งทำให้เด็กขาดสมาธิ มีพฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถเรียนได้เต็มที่ตามศักยภาพ พบได้ร้อยละ 8.1 ในเด็กไทย ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ หรือทักษะการเรียนบกพร่อง ซึ่งทำให้เด็กมีปัญหาการอ่าน การเขียน หรือการคำนวณ พบประมาณร้อยละ 5 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งทำให้เด็กเรียนรู้ช้า พัฒนาการช้ากว่าเกณฑ์ พบได้ร้อยละ 5.7 ในเด็กไทย เมื่อรวมความชุกของกลุ่มที่มีปัญหาทั้ง 3 ภาวะนี้ จะพบว่าส่งผลต่อปัญหาการเรียนถึงร้อยละ 10-20 ของเด็กทั้งหมด ปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อปัญหาการเรียนเหล่านี้ จะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กร่วมด้วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีผลต่อการดูแล และจัดการชั้นเรียนของครู รวมถึงทำให้การดูแลที่บ้านยุ่งยากขึ้น ครูและผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ เมื่อไม่สามารถจัดการพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เด็กไม่สามารถเรียนร่วมกับเพื่อนได้เต็มศักยภาพ ไม่สามารถอยู่ในระบบโรงเรียนได้ และมักแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรม ในวัยรุ่น ทั้งปัญหา ยาเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือปัญหาทางเพศ เป็นต้น

ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานได้รณรงค์ ให้มีการคัดกรองค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงรายโรคเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมาโดยตลอด ในปัจจุบันพบว่าแต่ละเขตพื้นที่การศึกษาจะมีเด็กกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองความพิการ 9 ประเภท ประมาณร้อยละ 10 แยกเป็นความบกพร่องทางการเรียนรู้ สติปัญญาและพฤติกรรมร้อยละ 8 และเป็นความพิการประเภทอื่นๆ อีกร้อยละ 2 อย่างไรก็ตาม เด็กกลุ่มเสี่ยงโดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการดูแลโดยระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากความขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรในการจัดบริการ รวมถึงทราบไปจากการรับบริการ ทำให้ผู้ปกครองไม่เข้าใจและไม่ยินยอมให้เด็กเข้ารับบริการ ส่งผลให้มีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำมาก จากการสำรวจอัตราการเข้าถึงบริการของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ/พฤติกรรม ปี 2554 พบว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีการเข้าถึงเพียง 33,592 คน หรือประมาณร้อยละ

ละ 5.23 ออทิสติก 7,212 คน หรือประมาณร้อยละ 12.02 อัตราการเข้าถึงบริการของเด็กสมาธิสั้น และโรคที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้น ปัญหาการ จัดบริการพบว่า เด็กส่วนใหญ่ถูกคัดกรอง แต่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และส่งผลต่อการ เรียนรู้ ของเด็ก ตลอดจนการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักและพยายามแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด โดย พัฒนารูปแบบ OHOS (One hospital one school) จับคู่เครือข่ายโรงเรียนและโรงพยาบาล เพื่อคัดกรอง และส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบ อย่างไรก็ตาม รูปแบบดังกล่าวยังเป็น medical approach และขยายผลยาก กว่าที่จะครอบคลุม เด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในปี 2559 ที่ผ่านมามีการพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้ educational approach ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยการสร้างความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานการศึกษาภายใต้รูปแบบ HERO (Health and Educational Regional Operation) เป็นการจับกลุ่มเสริมพลังครูและผู้ปกครองเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification; SAFE B-MOD) สำหรับครูเป็นการนำเทคนิคการ ปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนการเลี้ยงดู/การดูแล มาใช้ในห้องเรียน (classroom management training) ทำในเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรอง

โดยแบบคัดกรองความพิการ 9 ประเภทมาแล้ว หรือหากยังไม่คัดกรอง สามารถค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยครูประเมินเด็กที่มีปัญหาเข้าสู่ระบบการดูแลได้ทันที โดยไม่เน้นการคัดกรองโรค พบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ของเด็กกลดลงด้านใดด้านหนึ่ง และประมาณ ร้อยละ 10 มีปัญหาพฤติกรรม หรืออารมณ์ลดลงจนเป็นปกติ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง มีการให้บริการ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยผู้รับบริการส่วนมากประกอบด้วย 4 โรคหลักดังนี้ คือ ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางสติปัญญา และบกพร่องทางการเรียนรู้ จึงประสานความร่วมมือกับเครือข่าย ในการ ดูแลเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็ก วัยเรียนและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนโดยครูหมอม พ่อแม่ขึ้น โดยใช้รูปแบบ HERO : Health and Educational Regional Operation เพื่อให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านการเรียนสามารถเข้าถึง บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ได้มากขึ้นนอกจากนั้นยังได้พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาระหว่าง ครู และบุคลากรทางสาธารณสุขผ่านระบบแอปพลิเคชัน รวมทั้งใช้แอปพลิเคชันเพื่อเป็นแหล่งเก็บข้อมูล ด้านการบริการ คัดกรอง การรักษา การส่งต่อและเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับผู้ให้บริการ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เพื่อประโยชน์ในการดูแลเด็กอย่างรอบด้านรวมทั้งต้องสร้างความเข้าใจในระบบการ ดูแลต่อเนื่องให้กับบุคลากรสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตร การให้คำปรึกษาใน ระบบการดูแลเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนโดยครูหมอม พ่อแม่ ในนาม หลักสูตร “HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข” ให้สามารถให้บริการให้คำปรึกษาแก่ ผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในระบบบริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ ดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจปัญหาและการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
2. มีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียน
3. มีความพึงพอใจในการเข้ารับการอบรมหลักสูตร

## 3. คุณสมบัติของวิทยากร (ประวัติวิทยากรอยู่ภาคผนวก)

- มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างน้อย 5 ปี
- เป็นวิทยากรในหลักสูตรในการให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรม และ/หรือ เป็นวิทยากรหลักในโครงการ HERO

## 4. ผู้เข้ารับการอบรม

4.1 ประกอบด้วยผู้เข้าอบรมจำนวน 30 คน

4.2. คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

- เป็นบุคลากรสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับ รพศ. รพท. และรพช. ระดับ M1 ในเขตบริการสุขภาพที่ 1-13 หรือบุคลากรสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่นโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต
- มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างน้อย 1 ปี
- ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาการเรียนอันเนื่องมาจากสาเหตุสุขภาพ (HERO)
- มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นหรือครอบครัวอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) / โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1)

## 5. สถานที่ฝึกอบรม

ณ ห้องประชุม สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่

## 6. หลักสูตรและโครงสร้างหลักสูตร

6.1 จำนวนเนื้อหาวิชารวม 6 เรื่อง รวมจำนวนชั่วโมง 12 ชั่วโมง ได้แก่

รายวิชาที่ 1 ความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรมจำนวน 1 ชั่วโมง

รายวิชาที่ 2 ความสำคัญและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาจำนวน 1 ชั่วโมง

รายวิชาที่ 3 โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย

จำนวน 2.5 ชั่วโมง

รายวิชาที่ 4 ทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

จำนวน 2 ชั่วโมง

รายวิชาที่ 5 ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อสร้างวินัยในตัวเด็ก

จำนวน 3 ชั่วโมง

รายวิชาที่ 6 ทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์

จำนวน 2.5 ชั่วโมง

## 6.2 รูปแบบการเรียนการสอน ตลอดหลักสูตรประกอบด้วย

6.2.1 ภาคความรู้ จำนวนเนื้อหาวิชา 3 เรื่อง จำนวนชั่วโมง 4.5 ชั่วโมง

6.2.2 ภาคฝึกปฏิบัติ จำนวนเนื้อหาวิชา 3 เรื่อง จำนวนชั่วโมง 7.5 ชั่วโมง

## 6.3 เอกสาร/สื่อ/อุปกรณ์ประกอบการฝึกอบรม

- PowerPoint
- เอกสารประกอบการเรียน
- HERO Application

## 7. การวัด การประเมินผลการฝึกอบรม

7.1 ผลผลิตของหลักสูตร (Output) ได้แก่ ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะหลังเรียนมากกว่า ก่อนเรียนตามเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 80

7.2 ผลลัพธ์ของหลักสูตร (Outcome) ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมที่เข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษามีพฤติกรรมดีขึ้น โดยวัดจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) อย่างน้อยร้อยละ 70

7.3 การประเมินผลความรู้ โดยวิธีประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรม เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเข้าอบรม

7.4 การประเมินผลทักษะ โดยวิธีประเมินทักษะก่อน-หลังการอบรม เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบทดสอบทักษะก่อนและหลังเข้าอบรม

7.5 การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบสอบถามความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม

7.6 การประเมินผลหลังการอบรม เครื่องมือที่ใช้ประเมินคือ แบบสอบถามติดตามเพื่อประเมินผลหลังการอบรม

## 8. การจบหลักสูตร

ต้องผ่านคะแนนของผลทดสอบความรู้และทักษะ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

## 9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้สำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิบัตรรับรองความรู้ ในนามสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาสามารถนำความรู้และทักษะเพื่อนำไปให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียน

## 10. ตัวอย่างกำหนดการอบรม

### วันที่ 1

เวลา	กิจกรรม
08.30-09.00 น.	ลงทะเบียน/Pre test
09.00 – 10.00 น.	วิชาที่ 1 ความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม
10.00 – 11.00 น.	วิชาที่ 2 ความสำคัญและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา
11.00 – 12.00 น.	วิชาที่ 3 โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	วิชาที่ 3 โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย (ต่อ)
14.30 – 16.30 น.	วิชาที่ 4 ทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

### วันที่ 2

เวลา	กิจกรรม
09.00 – 12.00 น.	วิชาที่ 5 ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อสร้างวินัยในตัวเอง
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.30 น.	วิชาที่ 6 ทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์
	จบการอบรม/Post test



## 11. คณะกรรมการรับผิดชอบ

### 11.1 คณะกรรมการร่างหลักสูตร

แพทย์หญิงดุขุฎี จิ่งศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นายสมนึก อนันตวรวงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นายรณสิงห์ รือเรือง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางขวัญใจ สันติกุล	นักวิชาการศึกษาพิเศษชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางสาวอมรา ธนศุภรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางไพ่อ มุลวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางศุภกัฒิมล ปาแปง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางวิศาลีณี เวฬุติตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางสาววราภรณ์ ถิ่นประชา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางสาวชฎาธาร ใจกว้าง	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1
นางสาวศศิธรกานัญ รุ่งสกุล	นักจิตวิทยา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2
นายรัฐ ลอยสงเคราะห์	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3
นางลือจรรยา ธนภควัต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4
นางสาวลำไพره เฮาไกร	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5
นางสาวสุนทรี เชื้อนตรระกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
นายมนัสพงษ์ มาลา	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
นางสาวชฎานันท์ ชันระชัย	นักจิตวิทยา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8
นายชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11
นางสาวลลิตภัทร บัวทอง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
นางสาวนุรมาณีรี สุติรันตร์	นักจิตวิทยา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
นางสาวภัทรพร ชาวณา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นายกชกร ทาจินะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
นางนัยนา มาลัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
นายศักดิ์สิทธิ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สถาบันราชานุกูล
นางสาวนวลพรรณ วิชิตกิง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางสาวพรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นางสาวเดือนรุ่ง วีรัตน์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นางสาวอรอุมา ภูโสภา	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนปรุง

นายเอกนิษฐ์ วงศ์ศิริ	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสาวกรรณิกา อักษรทอง	นักจิตวิทยาคลินิก	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
นางสาวสุภาพร นันทะผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
นางสาวกฤษดา เนตรกันหา	นักวิชาการศึกษาพิเศษปฏิบัติการ	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสาวชนัฐดา ภูวิชัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## 11.2 คณะกรรมการดำเนินการฝึกอบรม

แพทย์หญิงดุขุฎี จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นายสมนึก อนันต์วรวงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นายรณสิงห์ รือเรือง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางสาวอมรา ธนศุภรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางไพอ มุลวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางศุภคิมล ปาแปง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางวิศาลีณี เวฬุดีดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
นางสาววารารณ ถิ่นประชา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

## 12. รายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรม

# หน่วยที่ 1 ความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม

## วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม
2. เพื่อให้ อธิบายสถานการณ์เด็กที่มีปัญหาทางการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม

## สาระสำคัญ

จากสถานการณ์ ปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กนักเรียนที่เพิ่มขึ้น ทำให้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม และทราบถึงแนวโน้มปัญหาของกลุ่มเด็กกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลเป็นมาข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อไป

## เนื้อหา

1. ความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม จำนวน 20 นาที
2. สถานการณ์เด็กที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม จำนวน 40 นาที

เวลาที่ใช้ 09.00 – 10.00 น. (60 นาที)

## กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรทักทายและสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมว่ามีใครรู้จักโครงการ HERO บ้าง	5 นาที	-
2	วิทยากรบรรยายความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม (HERO)	10 นาที	PowerPoint
3	วิทยากรสรุปความเป็นมาของระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม (HERO)	5 นาที	PowerPoint
4	วิทยากรบรรยายสถานการณ์เด็กที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม	30 นาที	

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
5	วิทยากรสรุปและตอบคำถามเกี่ยวกับระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม (HERO)	10 นาที	-

### การวัดผล/ประเมินผล

- สังเกตจากความสนใจในห้องเรียน

## ใบความรู้

### ระบบการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน

ปัญหาการเรียนก็เป็นปัญหาสำคัญที่สังคมไทยให้ความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาการเรียนมีหลากหลาย ทั้งจากปัญหาการดูแลครอบครัว คุณภาพการสอน รวมถึงปัจจัยตัวเด็กเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคจิตเวชเด็ก ที่ส่งผลต่อการเรียน เช่น โรคสมาธิสั้น ซึ่งทำให้เด็กขาดสมาธิ มีพฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถเรียนได้เต็มที่ตามศักยภาพ , โรคทักษะการเรียนบกพร่อง ซึ่งทำให้เด็กมีปัญหาการอ่าน การเขียน หรือการคำนวณ, โรคสติปัญญาบกพร่องซึ่งทำให้เด็กเรียนรู้ช้า พัฒนาการช้ากว่าเกณฑ์และพบปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยได้มาก โดยพบสติปัญญาบกพร่อง ความซุกในประเทศไทย ร้อยละ ๖.๑ ความซุกสากล ร้อยละ ๒-๓ โรคสมาธิสั้นพบความซุกในประเทศไทย ร้อยละ ๘.๑ ความซุกสากล ร้อยละ ๕-๑๒ ส่วน โรคทักษะการเรียนบกพร่อง ความซุกในประเทศไทย ร้อยละ 5 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก การป้องกันหรือให้การดูแลเบื้องต้นในเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน โดยเน้นการฝึกทักษะครู ในการปรับพฤติกรรม และการสอนทักษะด้านสังคม อารมณ์ (social emotional learning) แก่เด็กเป็นกระบวนการดูแลที่พบว่าจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรม และเพิ่มทักษะแก่เด็กวัยเรียนได้ทั้งในเด็กปกติและเด็กกลุ่มเสี่ยงซึ่งจะช่วยลดภาวะโรคที่เกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>(1,2)</sup> สำหรับประเทศไทยเด็กวัยเรียนอายุ 6-12ปี ประมาณ ร้อยละ 90 อยู่ในระบบการศึกษาหลัก โดยเฉพาะในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) มีส่วนน้อยที่อยู่ในระบบการศึกษาพิเศษหรือการเรียนตามอัธยาศัย โดยโรงเรียนในสังกัด สพฐ. มีระบบการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบคัดกรองความพิการ 9 ประเภท ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการพัฒนาขึ้นเอง ครอบคลุมปัญหาทางกาย พฤติกรรม อารมณ์ และการเรียนโดยพบเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์

และการเรียน มากกว่า 140,000 ราย<sup>(3)</sup> แต่เมื่อครูคัดกรองแล้วไม่สามารถส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยได้ เนื่องจากขาดแคลนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และระบบบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา กรมสุขภาพจิตใช้รูปแบบ One-hospital One-school (OHOS) เพื่อให้โรงพยาบาลจับคู่กับโรงเรียนในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ โดยให้ความรู้กับครูเรื่องโรค การคัดกรองและดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนก่อนส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาแต่มีข้อจำกัด คือ มีการคัดกรองซ้ำซ้อนและเป็นภาระของครูไม่มีโปรแกรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจนและไม่สามารถขยายผลให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดได้ในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศมีเพียง 851 แห่ง ขณะที่โรงเรียนมีมากกว่า 20,000 แห่ง ส่งผลให้เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ครูคัดกรองแล้วยังเข้าไม่ถึงบริการ การแก้ปัญหาจึงต้องพัฒนาโปรแกรมการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่เป็นประโยชน์กับครูในการดูแลเด็กไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนจนเกินไปไม่เป็นภาระ เป็นโปรแกรมที่ครูผู้ใช้และผู้บริหารระบบการศึกษาพึงพอใจให้ความร่วมมือและสามารถขยายผลใช้กับเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนมากได้

โครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ (Health and Educational Regional Operation: HERO) ซึ่งเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างระบบสุขภาพกับระบบการศึกษาในการดูแลเด็กวัยเรียนร่วมกันในระดับพื้นที่และได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ขึ้นเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาและฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และการเรียนแก่ครูและผู้ปกครอง โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองที่ใช้ในทางคลินิก (parent management training) กับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ซึ่งทำให้สามารถฝึกทักษะกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ได้

## หน่วยที่ 2 วิชา ความสำคัญและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายความต้องการบริการสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียนและความต้องการที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. เพื่ออธิบายคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา (HERO consultant)

### สาระสำคัญ

คุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษามีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษา เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาผู้ที่ดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

### เนื้อหา

1. ความต้องการบริการสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียนและการจัดบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. ลักษณะงานของผู้ให้คำปรึกษา
3. เป้าหมายของผู้ให้คำปรึกษา
4. สมรรถนะของผู้ให้คำปรึกษา

เวลาที่ใช้ 10.00 – 11.00 น. (60 นาที)

### กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรบรรยายความต้องการบริการสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียนและการจัดบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน	10 นาที	PowerPoint
2	วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ HERO consultant ในด้าน Job description	10 นาที	PowerPoint
3	วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ HERO consultant ในด้าน Goals/KPI	10 นาที	PowerPoint
4	วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ HERO consultant ในด้าน Competency needed	20 นาที	PowerPoint
5	วิทยากรสรุปและตอบคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่, คุณสมบัติ และสมรรถนะที่ควรมีของ HERO Consultant	10 นาที	-

## การวัดผล/ประเมินผล

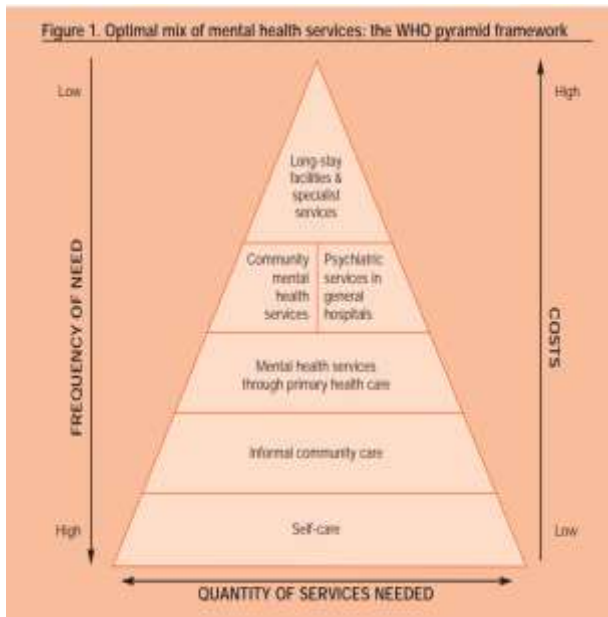
- ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เรื่อง ความสำคัญและคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา หลังอบรมดีขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 80

## ใบความรู้

### ความต้องการบริการสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

- การวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชเด็กที่ส่งผลต่อการเรียน เร็ว/ทัน่วงที
- การช่วยเหลือด้านจิตสังคมให้เด็กสามารถเรียนได้เต็มศักยภาพ ครูไม่ได้รับผลกระทบ พ่อแม่มีความสุขที่ลูกเรียนได้เป็นคนดี/เก่ง/มีความสุข/ไม่ป่วย
- การดูแลอารมณ์ ทักษะสังคม สัมพันธภาพกับเพื่อน โดยตัวเด็กเอง/กลุ่มเพื่อน/ครู/ชุมชน
- ระบบสนับสนุน/ช่วยเหลือโรงเรียนในการดูแลสุขภาพจิตเด็ก

### ลักษณะงานในการจัดบริการที่มีในชุมชน



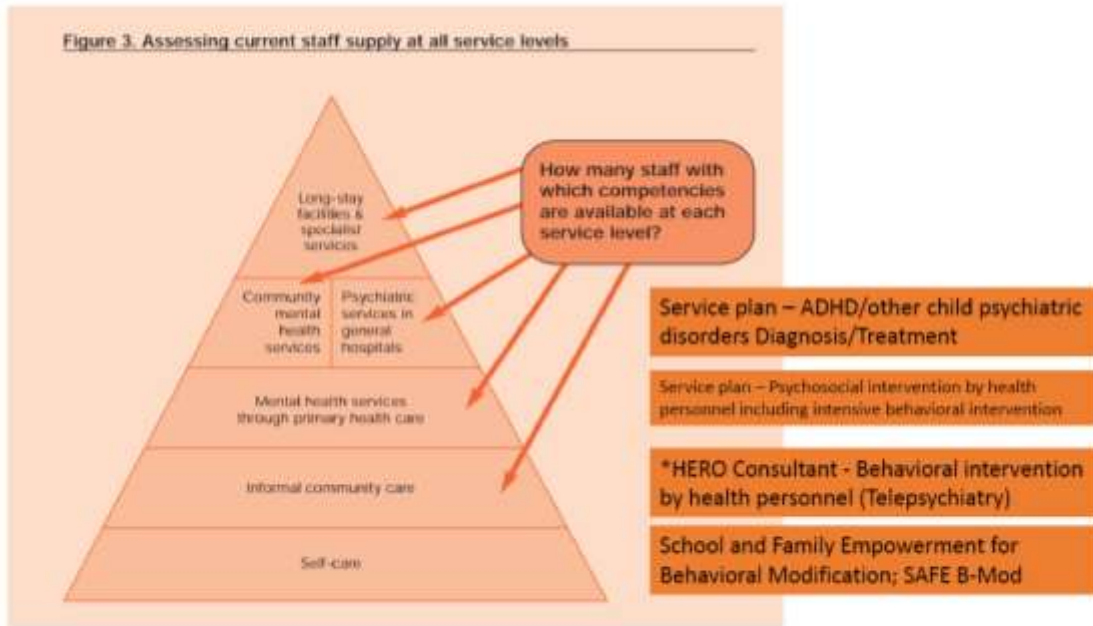
#### วินิจฉัย/รักษา, คลินิกเฉพาะทาง, วิจัย/นวัตกรรม

ให้คำปรึกษาโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน ยังไม่เชื่อมโยงสถานจิตเวช, มีระบบบริการจิตเวชเด็กใน รพ. 8-20%, คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น, เชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับรพ. ยังไม่เป็นระบบ อบรม แต่ยังไม่เชื่อมโยง ยังไม่เป็นที่รองรับงาน งานเชิงรับ, บริการจิตสังคมเบื้องต้นสำหรับปัญหาการเรียน พฤติกรรม อารมณ์

ส่งต่อ, เยี่ยมบ้านเด็กวัยเรียน

คัดกรองในโรงเรียน 30-40%, รวดส่งต่อกรณีฉุกเฉิน, เยี่ยมยาเด็กในพื้นที่กักขังปิด ตั้งแต่ ป.3 ปีก่อน/เฝ้าระวังตั้งแต่ ป.1, เยี่ยมบ้านเด็กวัยเรียน

Facebook page ความรู้ออนไลน์ 10%



World Health Organization. Human Resources and Training in Mental Health. 2005

### HERO Consultant HERO–Job Description Job

- วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ปกครอง/ครู (Information collection and case formulation (Information collection and case formulation (Information collection and case formulation (Information collection and case formulation))
- ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก แนวทางการดูแลรักษา พยากรณ์โรคผลกระทบจากโรค และสิทธิที่พึงได้รับ (Psychoeducation)
- ให้คาปรึกษาตามลักษณะปัญหาที่พบ (Counselling) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการและการส่งต่อ (Refer)
- เสริมพลังผู้ปกครอง/ครูให้มีกำลังใจในการดูแลเด็ก/ส่งเข้ารับบริการ (Psycho support /Empowerment/Motivational enhancement)
- ติดตามผล/ความก้าวหน้าของอาการสรุปประเมินผล

### HERO consultant–Goal/KPI

#### Goal

- เด็กได้รับการดูแลจนพ้นภาวะเสี่ยง/มีปัญหา และไม่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพโดยไม่จำเป็น
- ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหารายบุคคล มีทักษะการจัดการปัญหายุ่งยากซับซ้อน

#### KPI

- ร้อยละของเด็กที่ได้รับการบริการมีคะแนน SDQ/EQ/ผลการเรียนดีขึ้น
- อัตราการเข้าถึงบริการสมมติเพิ่มขึ้น
- ร้อยละผู้ให้คาปรึกษาที่มีทักษะการจัดการปรับพฤติกรรมออนไลน์ผ่านเกณฑ์



## HERO consultant-Competency needed

### ความรู้

- โรคจิตเวชเด็ก (สมาธิสั้น แอลดี ออทิสติก) การใช้ยาและผลข้างเคียง พยากรณ์โรค ผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว สิทธิที่พึงได้รับ
- พัฒนาการตามช่วงวัย ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กวัยเรียน
- การประเมิน/คัดกรอง ระบบบริการและการส่งต่อในพื้นที่

### ทักษะ

- ทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์
- ทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตวัยเรียน
- ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม

### คุณลักษณะ

- การคิดวิเคราะห์
- การใส่ใจและพัฒนาผู้อื่น

### แบบประเมินสมรรถนะ

#### สมรรถนะ: การคิดวิเคราะห์

**คำจำกัดความ :** การทำความเข้าใจสถานการณ์ ประเด็นปัญหา แนวคิด หลักทฤษฎี ฯลฯ โดยการแจกแจง แยกประเด็นออกเป็นส่วนย่อย ๆ หรือวิเคราะห์สถานการณ์ที่ละขั้นตอน รวมถึงการจัดหมวดหมู่ปัญหา หรือ สถานการณ์อย่างเป็นระบบระเบียบ เปรียบเทียบแง่มุมต่าง ๆ สามารถระบุได้ว่าอะไรเกิดก่อนหลัง ตลอดจนระบุเหตุและผล ที่มาที่ไปของกรณีต่าง ๆ ได้

ระดับที่ 0	ไม่แสดงสมรรถนะด้านนี้อย่างชัดเจน
ระดับที่ 1	แตกปัญหา/งานออกเป็นส่วนย่อย ๆ - สามารถระบุรายการปัญหา/งาน/กิจกรรมต่างๆ ได้เป็นประเด็นย่อยโดยไม่บอกลำดับ ก่อนหลัง
ระดับที่ 2	แสดงสมรรถนะระดับที่ 1 และเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงขั้นพื้นฐานของส่วนต่างๆ ของปัญหา/งาน - ระบุได้ว่าอะไรเป็นเหตุเป็นผลแก่กันในสถานการณ์หนึ่งๆ - แยกแยะข้อดีข้อเสียของประเด็นต่างๆ ได้ - จัดเรียงปัญหา/งาน/กิจกรรมต่าง ๆ ตามลำดับความสำคัญหรือความเร่งด่วนได้
ระดับที่ 3	แสดงสมรรถนะระดับที่ 2 และเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่ซับซ้อนของส่วนต่างๆ ของปัญหา/งาน - เชื่อมโยงเหตุปัจจัยที่ซับซ้อน อาทิ เหตุการณ์กรณีหนึ่งอาจมีสาเหตุได้หลายประการหรือ สามารถนำไปสู่เหตุการณ์สืบเนื่องได้หลายประการ อาทิ เหตุ ก. นำไปสู่เหตุ ข. เหตุ ข. นำไปสู่เหตุ ค. นำไปสู่เหตุ ง. ฯลฯ)

ระดับที่ 4	<p>แสดงสมรรถนะระดับที่ 3 และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหา/งานจาก ความเข้าใจความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกแยะองค์ประกอบต่างๆ ของประเด็น ปัญหาที่มีเหตุปัจจัยเชื่อมโยงซับซ้อน เป็น รายละเอียดในชั้นต่างๆ อีกทั้งวิเคราะห์ว่าแง่มุมต่างๆ ของปัญหาหรือสถานการณ์หนึ่งๆ สัมพันธ์กันอย่างไรคาดการณ์ว่าจะมีโอกาส หรืออุปสรรคอะไรบ้าง</li> </ul>
ระดับที่ 5	<p>แสดงสมรรถนะระดับที่ 4 และกำหนดแผนงาน/ขั้นตอนการทำงานจากการศึกษา วิเคราะห์ในชั้นต่างๆ เพื่อเตรียมทางเลือกสำหรับการป้องกัน/แก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้เทคนิคการวิเคราะห์หลากหลายรูปแบบเพื่อหาทางเลือกต่าง ๆ ในการตอบคำถาม หรือแก้ปัญหา รวมถึงพิจารณาข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง</li> <li>- วางแผนงานที่ซับซ้อนโดยกำหนดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ที่มีหน่วยงานหรือ ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย คาดการณ์ปัญหา อุปสรรค แนวทางการป้องกันแก้ไข อีกทั้ง เสนอแนะทางเลือก และข้อดีข้อเสียได้</li> </ul>

### สมรรถนะ การใส่ใจและพัฒนาผู้อื่น

คำจำกัดความ : ความใส่ใจและตั้งใจที่จะส่งเสริม ปรับปรุงและพัฒนาให้ผู้อื่นมีศักยภาพ หรือมีสุขภาพะทั้ง ทางปัญญา ร่างกาย จิตใจ และทัศนคติที่ดีอย่างยั่งยืนเกินกว่ากรอบของการปฏิบัติหน้าที่

ระดับที่ 0	ไม่แสดงสมรรถนะด้านนี้อย่างชัดเจน
ระดับที่ 1	<p>ใส่ใจและให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาผู้อื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สนับสนุนให้ผู้อื่นพัฒนาศักยภาพหรือสุขภาพะทั้งทางปัญญา ร่างกาย จิตใจที่ดี</li> <li>- แสดงความเชื่อมั่นว่าผู้อื่นมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้</li> </ul>
ระดับที่ 2	<p>แสดงสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในระดับที่ 1 และสอนหรือให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาให้ผู้อื่นมี ศักยภาพหรือมีสุขภาพะทั้งทางปัญญา ร่างกาย จิตใจหรือทัศนคติที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สาธิต หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาศักยภาพ สุขภาพหรือทัศนคติที่ดี อย่างยั่งยืน</li> <li>- มุ่งมั่นที่จะสนับสนุน โดยชี้แนะแหล่งข้อมูล หรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาของผู้อื่น</li> </ul>
ระดับที่ 3	<p>แสดงสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในระดับที่ 2 และใส่ใจในการให้เหตุผลประกอบการแนะนำ หรือมีส่วนสนับสนุนในการพัฒนาผู้อื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้แนวทางพร้อมทั้งอธิบายเหตุประกอบ เพื่อให้ผู้อื่นมั่นใจว่าสามารถพัฒนาศักยภาพ สุขภาพ หรือทัศนคติที่ดีอย่างยั่งยืนได้</li> <li>- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้หรือประสบการณ์ เพื่อให้ผู้อื่นมีโอกาสได้ถ่ายทอด และ เรียนรู้วิธีการพัฒนาศักยภาพหรือเสริมสร้างสุขภาพหรือทัศนคติที่ดีอย่างยั่งยืน</li> <li>- สนับสนุนด้วยอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีการในภาคปฏิบัติเพื่อให้ผู้อื่นมั่นใจว่าตนสามารถ พัฒนาศักยภาพ สุขภาพหรือทัศนคติที่ดีอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้</li> </ul>

<p>ระดับที่ 4</p>	<p>แสดงสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในระดับที่ 3 และติดตามและให้คำติชมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามผลการพัฒนาของผู้อื่นรวมทั้งให้คำติชมที่จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะ เพื่อพัฒนาศักยภาพ สุขภาวะหรือทัศนคติที่ดีของแต่ละบุคคล</li> </ul>
<p>ระดับที่ 5</p>	<p>แสดงสมรรถนะตามที่กำหนดไว้ในระดับที่ 4 และมุ่งเน้นการพัฒนาจากรากของปัญหา หรือ ความต้องการที่แท้จริง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยายามทำความเข้าใจปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้อื่น เพื่อให้สามารถจัดทำ แนวทางในการพัฒนาศักยภาพ สุขภาวะ หรือทัศนคติที่ดีอย่างยั่งยืนได้</li> <li>- ค้นคว้า สร้างสรรค์วิธีการใหม่ ๆ ในการพัฒนาศักยภาพ สุขภาวะหรือทัศนคติที่ดี ซึ่งตรงกับปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้อื่น</li> </ul>

## หน่วยที่ 3 วิชา โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย
2. เพื่ออธิบายการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

### สาระสำคัญ

ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย และการประเมินโรคทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่นได้ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว ไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับการศึกษา เพื่อให้ผู้รับการศึกษานำความรู้ไปให้ช่วยเหลือเด็กต่อไป

### เนื้อหา

1. โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย
2. การประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

เวลาที่ใช้ 11.00 – 12.00 น. และ 13.00 – 14.30 น. (150 นาที)

### กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรบรรยายปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น	25 นาที	PowerPoint
2	วิทยากรบรรยายการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	20 นาที	PowerPoint
3	วิทยากรสรุปและตอบคำถามปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น	15 นาที	-
	พักรับประทานอาหารกลางวัน		
4	วิทยากรบรรยายโรคสมาธิสั้น, ตื้อต่อต้าน, พฤติกรรมเกร, สติปัญญาบกพร่อง, ออทิสติก, ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง, ซึมเศร้า	70 นาที	PowerPoint
5	วิทยากรสรุปและตอบคำถามโรคทางจิตเวชต่างๆ	20 นาที	-

### การวัดผล/ประเมินผล

-ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เรื่อง โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย หลังอบรมดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 80

## ใบความรู้

### โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

พญ.ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ พบ., ว.จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น,

MSc Child and Adolescent Mental Health

จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (Child and adolescent psychiatry) เป็นสาขาย่อยหนึ่งของวิชาจิตเวชศาสตร์ ที่มุ่งเน้นการวินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟู ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และพัฒนาการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการของตน

สำหรับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (Child and adolescent mental health) เป็นการกล่าวถึงสุขภาพจิตของจิตของเด็กและวัยรุ่นซึ่งครอบคลุมตั้งแต่สภาพจิตใจปกติ ระยะเวลาเสี่ยงไปจนถึงระยะเจ็บป่วยและฟื้นฟู กิจกรรมหรือการบำบัดที่ให้ความแตกต่างกันขึ้นกับเป้าหมายในแต่ละระยะ

โดยทั่วไป บุคลากรทางสาธารณสุขมักจะไม่คุ้นเคยกับโรคทางจิตเวช เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างจากโรคทางกายมาก ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้ การตรวจทางจิตวิทยาที่เป็นเพียงเครื่องมือช่วยยืนยันการวินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถให้การวินิจฉัยจากผลตรวจทางจิตวิทยาได้ นอกจากนี้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และพัฒนาการของผู้ป่วย ก็มักเป็นข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่นซึ่งมีระดับพัฒนาการแตกต่างกัน ทำให้การซักประวัติ การประเมิน และการช่วยเหลือทำได้ยากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้น้อยจากประมาณการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี 2008 ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้เพียงร้อยละ 10-30 เท่านั้น<sup>4</sup> ในประเทศไทย มีการประมาณการณ์ว่าผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเข้าถึงบริการน้อยกว่าร้อยละ 10 หากบุคลากรทางสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนเข้าใจลักษณะอาการ พยาธิสภาพ และการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้ในเบื้องต้น จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

#### \* ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย

เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นแต่ละช่วงวัยมีพัฒนาการแตกต่างกัน ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย แสดงดังตาราง

ช่วงวัย	ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย	โรคจิตเวชที่พบบ่อย
0-5 ปี	ปัญหาพัฒนาการ	ออทิสติก พัฒนาการช้า
6-12 ปี	ปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม (ติดเกม ซนไม่นิ่ง)	สมาธิสั้น พฤติกรรมเกร
13-19 ปี	ปัญหาพฤติกรรม (พฤติกรรมทางเพศ, ความก้าวร้าวรุนแรง)	พฤติกรรมเกร

การส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง และให้การดูแลปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยลดการเกิดโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นได้ ประเด็นสำคัญในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (developmental stimulation) การสร้างความผูกพันระหว่างเด็กกับผู้ดูแล (attachment) การเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก (parenting) การปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น (behavioral modification) และ การเรียนรู้ทักษะสังคมและอารมณ์ (social emotional learning) เป็นต้น

#### \* ระบาดวิทยา

ในประเทศไทย มีการสำรวจภาวะระบาดวิทยาในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี พบความชุกของโรคจิตเวชร้อยละ 15.0 โรคจากสารเสพติด ร้อยละ 15.6 โรคจิตเวชหรือโรคจากสารเสพติด ร้อยละ 26.0 โรคที่พบบ่อยที่สุด 3 โรคแรก คือ โรควิตกกังวลแบบ generalized anxiety disorder ร้อยละ 6.9 พฤติกรรมเกร ร้อยละ 3.8 สมาธิสั้น ร้อยละ 3.8 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 5.4 โรคติดต่อต้าน ร้อยละ 3.0 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.0 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.1 แสดงดังตารางที่ 1<sup>5</sup> ในวัยเรียนมีการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้น พบร้อยละ 8.1<sup>6</sup> ความชุกของภาวะสติปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 5.7<sup>7</sup> การสำรวจความชุกของโรคออทิสติกในช่วงปฐมวัย พบร้อยละ 0.6<sup>8</sup>

**ตารางที่ 1** ความชุกปัจจุบันและความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดหลังถ่วงน้ำหนัก แยกตามเพศ ในวัยรุ่นไทยอายุ 13-17 ปี<sup>5</sup>

DSM-IV	ความชุกปัจจุบัน ร้อยละ (SE)			ความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ (SE)		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
attention deficit/hyperactive disorder	3.8 (0.9)	4.8 (0.9)	2.9 (0.1)	5.4 (1.2)	6.5 (0.9)	4.4 (1.5)
oppositional defiant disorder	2.0 (0.3)	2.3 (0.4)	1.7 (0.4)	3.0 (0.5)	3.0 (0.5)	2.9 (0.5)
conduct disorder	3.8 (0.8)	4.6 (0.8)	3.0 (0.9)	-	-	-
major depressive disorder	1.6 (0.3)	1.3 (0.4)	1.9 (0.3)	2.0 (0.3)	1.5 (0.4)	2.5 (0.4)
mania disorder	1.2 (0.3)	1.2 (0.3)	1.3 (0.3)	-	-	-
dysthymic disorder	0.9 (0.2)	0.8 (0.2)	1.0 (0.3)	-	-	-
generalized anxiety disorder	6.9 (0.6)	5.9 (0.6)	7.9 (1.1)	-	-	-
obsessive compulsive disorder	0.8 (0.2)	0.8 (0.3)	0.8 (0.3)	-	-	-
post traumatic stress disorder	0.4 (0.1)	0.1 (0.1)	0.7 (0.1)	-	-	-
any mental disorder	15.0 (1.5)	14.9 (0.9)	15.1 (2.3)	-	-	-
alcohol abuse	12.0 (2.5)	16.4 (2.8)	7.6 (2.1)	-	-	-
alcohol dependence	6.4 (1.1)	8.8 (1.2)	3.9 (1.3)	-	-	-
tobacco abuse	5.8 (1.2)	9.9 (1.9)	1.8 (0.7)	-	-	-
tobacco dependence	2.4 (0.6)	3.9 (0.9)	0.9 (0.4)	-	-	-
marijuana abuse	1.2 (0.5)	1.8 (0.7)	0.5 (0.3)	-	-	-
marijuana dependence	0.4 (0.2)	0.6 (0.3)	0.2 (0.1)	-	-	-
amphetamine abuse	0.9 (0.4)	1.3 (0.4)	0.6 (0.4)	-	-	-
amphetamine dependence	0.6 (0.2)	1.0 (0.2)	0.3 (0.2)	-	-	-
any substance use disorder	15.6 (2.8)	22.1 (3.1)	9.2 (2.5)	-	-	-
any mental disorder or substance use disorder	26.0 (3.0)	30.9 (2.5)	21.1 (3.6)	-	-	-
suicide thought	2.8 (0.4)	2.5 (0.5)	3.1 (0.8)	-	-	-
suicide plan	0.8 (0.3)	0.6 (0.2)	1.1 (0.5)	1.3 (0.2)	1.1 (0.5)	1.6 (0.4)
suicide attempted	0.4 (0.1)	0.3 (0.2)	0.5 (0.3)	1.1 (0.2)	1.0 (0.5)	1.2 (0.2)

**หมายเหตุ** ระยะเวลาของความชุกปัจจุบันใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ส่วนความชุกชั่วชีวิต ใช้ระยะเวลาของอาการเริ่มตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่สัมภาษณ์

#### \* การประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

โดยทั่วไป เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะไม่มารับการรักษาด้วยตนเอง แต่จะมีผู้ปกครอง/ผู้ดูแล/ครูที่สังเกตเห็นปัญหาเป็นผู้พามา ในการประเมิน จึงต้องประเมินทั้งตัวเด็กและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล โดยอาศัย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตและพัฒนาการ

1. การซักประวัติ ประวัติที่ดีจะช่วยนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่เหมาะสมได้ ผู้ประเมินควรมีฐานความรู้เพื่อช่วยในการแยกแยะว่าอาการนำแต่ละอย่างอาจเกิดจากโรคใดได้บ้าง เพื่อให้สามารถซักประวัติที่จำเป็นได้ในเวลาจำกัด การซักประวัติอาจต้องหาค้นข้อมูลมากกว่าหนึ่งแหล่ง เช่น ประวัติจากพ่อแม่ ประวัติจากครู เพื่อให้ได้ภาพอาการที่ชัดเจนจากหลายมุมมอง ในวัยรุ่น ผู้ประเมินอาจต้องแยกประเมินวัยรุ่นกับผู้ปกครอง โดยประเมินวัยรุ่นก่อน เพราะวัยรุ่นอาจต่อต้านถ้ารู้สึกว่าคุณประเมินกับผู้ปกครองเป็นพวกเดียวกัน ประวัติที่ละเอียดประกอบด้วย

-ประวัติความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

-ประวัติส่วนตัว ได้แก่ ประวัติแรกคลอด ประวัติพัฒนาการ ประวัติการเรียน ประวัติความสัมพันธ์กับเพื่อนและการเข้าสังคม ประวัติสารเสพติด

-ประวัติครอบครัว ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู ประวัติความสัมพันธ์ในครอบครัว

2. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายในระบบที่จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประสาท

3. การตรวจสภาพจิตและพัฒนาการ การตรวจสภาพจิตเป็นส่วนประกอบสำคัญร่วมกับประวัติ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ผู้ตรวจต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กแต่ละวัย เพื่อจำแนกได้ว่าอารมณ์/ความคิด/พฤติกรรมและพัฒนาการที่ตรวจพบนั้น เหมาะสมเป็นปกติตามวัยนั้นหรือไม่ เช่น เด็กอายุ 5 ปี พูดถึงเพื่อนในจินตนาการ (imaginary friend) เป็นพัฒนาการปกติตามวัย แต่ถ้าวัยรุ่นอายุ 13 ปี พูดถึงเพื่อนในจินตนาการ ถือเป็นเรื่องผิดปกติที่ต้องค้นหาสาเหตุ เป็นต้น เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี อาจไม่สามารถบอกเล่าเรื่องราว/เหตุการณ์/ประสบการณ์ภายในใจตนเองได้มากนัก อาจต้องอาศัยการเล่นประกอบการตรวจ โดยทั่วไป การตรวจสภาพจิตครอบคลุมหัวข้อต่างๆดังนี้

- General Appearance ลักษณะทั่วไป รูปร่าง หน้าตา ท่าทาง การแต่งกาย
- Psychomotor การเคลื่อนไหวร่างกาย มากเกินไป (hyperactivity) หรือ ช้าเกินไป (psychomotor retardation)
- Speech & Language การพูดและการใช้ภาษา เช่น การรับรู้/ทำตามคำสั่ง (receptive language) การพูดสื่อสาร (expressive language) ทำได้เหมาะสมกับวัยหรือไม่ ในเด็กโต สังเกตการพูดที่ไหลลื่นต่อเนื่อง (coherent) และตรงประเด็น (relevant)
- Thought & Perception ความคิด เช่น ความคิดหลงผิด การย่ำคิด ความคิดอยากตาย ความวิตกกังวลและการรับรู้ เช่น หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น
- Mood & Affect อารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น เศร้า เครียด กลัว โกรธ
- Development & Intelligence พัฒนาการและเชาวน์ปัญญา การประเมินพัฒนาการมักจะประเมิน 4 ด้าน คือ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ทักษะภาษา และการดูแลตัวเองและการเข้าสังคม พัฒนาการปกติของเด็กแต่ละวัยแสดงดังตาราง<sup>9</sup>

อายุ	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก	ภาษา	สังคม
แรกเกิด	ยกหัว	เคลื่อนไหวเท่ากันทั้งซ้าย-ขวา	ส่งเสียงร้อง หันหาเสียงกระดิ่ง	มองหน้า
3 เดือน	ชันคอ คว่ำ 3-5 เดือน	มองตามเลขแนวกลาง	อ้อแอ้	ยิ้มตอบ



อายุ	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก	ภาษา	สังคม
6 เดือน	นั่งพิง นั่งท่าวแขน	เคาะซ้อน	หัวเราะเสียงดัง	โฟหากคนใกล้ชิด
8 เดือน	นั่งได้เอง	ถือของเปลี่ยนมือ	ส่งเสียงให้สนใจ คุยไม่เป็นภาษา	เล่นจ๊ะเอ๋
10 เดือน	คลาน เกาะยืน	หยิบด้วยนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ได้	เลียนเสียงพูด เข้าใจคำสั่งง่ายๆ	ทำตามคำสั่งง่ายๆ
12 เดือน	เกาะเดิน จูงเดิน	ถือแก้วดื่มเอง	พูดเลียนเป็นคำพูด	โบกมือบ้ายบาย
15 เดือน	เดินคล่อง วิ่งได้	ต่อไม้ 2-4 อัน ใช้ช้อนตักอาหารเอง	เริ่มพูด พูดได้ > 2 คำ	ชี้จุก ตา ผม
2 ปี	วิ่งคล่อง ขว้างบอล	ต่อไม้ 4-8 อัน ขีดเขียนบนกระดาษ	พูดวลี บอกชื่อสีได้	ตบมือ จับหัวตัวเอง
3 ปี	ขี่จักรยาน 3 ล้อ	วาดวงกลม	เล่าเรื่องได้ 50% ชอบสงสัย อะไร?	รู้เพศ บอกสี
4 ปี	ยืนขาเดียว 10 วินาที	วาดสี่เหลี่ยม	เล่าเรื่องได้ 75% ดูรูปรู้เรื่อง	รู้จักชื่อตัวเอง เปรียบเทียบสั้นยาว
5 ปี	ตบลูกบอล	วาดสามเหลี่ยม	เล่าเรื่องได้ 100% นับ 1-30	รู้อายุ แต่งตัวเอง
6 ปี	กระโดดขาเดียว เดินต่อเท้า	วาดสี่เหลี่ยมผืนผ้าตรง เขียนแจ๊ต	พูดได้ปกติ อ่านได้	รู้ชายชวา รู้เข้าบาย
7 ปี	เท่าผู้ใหญ่	วาดสี่เหลี่ยมรูปว่าว	พูดเลขตาม 5 ตัว พูดเลขกลับ 3 ตัว	ใช้เงิน หิวผมเอง
8 ปี		วาดเครื่องหมายกาชาดได้		
9 ปี		วาดทรงกระบอก	เล่านิทานสั้นๆได้ เขียนหนังสือได้	รู้เวลา/วันเดือนปี อาบน้ำเอง
10 ปี		วาดลูกบาศก์		

- โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย และการดูแลรักษา

## 1. โรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม

### โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit Hyperactivity Disorder; ADHD)

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชเด็ก โดยพบความชุกเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 5.29<sup>10</sup> พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2-5:1 โดยมักวินิจฉัยได้ในวัยเรียน

#### อาการทางคลินิก (Clinical manifestation)

โรคสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 2 กลุ่มอาการ คือ

1. กลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention) ผู้ป่วยมีลักษณะเหม่อลอย ลืมง่าย ทำกิจวัตรประจำวันหรืองานที่ได้รับมอบหมายช้าเนื่องจากไม่สามารถจดจ่อกับกิจกรรมนั้นๆได้ ไม่สามารถวางแผนการทำการกิจกรรมต่างๆได้ ทำให้ทำงานไม่สำเร็จ ปัญหาของผู้ป่วยสมาธิสั้นไม่ได้อยู่ที่ระดับความสามารถ แต่อยู่ที่ไม่สามารถนำความเก่งหรือความสามารถนั้นมาใช้ได้
2. กลุ่มอาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)/หุนหันพลันแล่น (impulsivity) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมซนมาก อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวมากเกินไปเมื่อเทียบกับเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน มักชอบปีนป่ายโลดโผน เล่นโดยไม่กลัวตัวเอง/ผู้อื่นจะได้รับบาดเจ็บหรือเป็นอันตราย ในห้องเรียนมักพบปัญหาเดินไปมาหรือชวนเพื่อนคุยในขณะที่เรียน พูดมากหรือพูดแทรกคนอื่น ใจร้อน รอคอยไม่ได้ มักตอบสนองต่อสิ่งเร้าทันทีโดยไม่ไตร่ตรองก่อน ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

#### การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น เป็นการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) โดยในปัจจุบันใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition; DSM-V)<sup>11</sup> ดังนี้

- A. ผู้ป่วยมีอาการ 1) ขาดสมาธิ และ/หรือ 2) อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น อย่างต่อเนื่องจนรบกวนการทำงานหน้าที่ของเด็กหรือพัฒนาการ โดยแสดงอาการข้อ (1) และ/หรือ (2)
- (1) กลุ่มอาการขาดสมาธิ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการเหล่านี้รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากการต่อต้าน ก้าวร้าวหรือไม่เข้าใจคำสั่งหรือวิธีทำงานชิ้นนั้น ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ใช้เกณฑ์อาการ 5 ข้อขึ้นไป
- (a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเดินเลอในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น
- (b) มีความลำบากในการคงสมาธิในการเรียน การทำงาน หรือการเล่น (เช่น ไม่สามารถจดจ่อกับขณะครูสอนหรือขณะสนทนา หรือในการอ่านหนังสือในระยะเวลาใดๆได้)
- (c) ดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนอยู่ (เช่น เหมือนใจลอยไปที่อื่นแม้จะไม่มีสิ่งเร้ารบกวน)

- (d) ทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ได้หรือไม่เสร็จ (เช่น เริ่มต้นทำงานได้แต่вокแวก ไม่จดจ่อ)
  - (e) มีความยากลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม (เช่น จัดลำดับงานได้ไม่ดี, จัดระเบียบข้าวของได้ไม่ดี, จัดการเวลาไม่ดี, ทำงานไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนด)
  - (f) เลี้ยง ไม่ชอบ หรือสิ่งที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม (เช่น งานที่โรงเรียน หรือการบ้าน, ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจเป็นการหลีกเลี่ยงการทำรายงาน กรอกแบบฟอร์ม หรืออ่านบททวนงานที่มีเนื้อหาหายๆ)
  - (g) ทำของที่จำเป็นต้องงานหรือกิจกรรมหาย (เช่น อุปกรณ์การเรียน ดินสอ หนังสือ กระเป๋าตังค์ กุญแจ เอกสารสำคัญที่ใช้ในการทำงาน แว่นตา โทรศัพท์มือถือ)
  - (h) วอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่อาจรวมถึงวอกแวกจากความคิดอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำอยู่ในขณะนั้น)
  - (i) หลงลืมในกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน, การทำธุระ ในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ อาจเป็นเรื่องการโทรศัพท์กลับ การจ่ายบิล ตารางนัด)
- (2) กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน โดยอาการเหล่านี้รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากการต่อต้าน ก้าวร้าวหรือไม่เข้าใจคำสั่งหรือวิธีทำงานชิ้นนั้น ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ใช้เกณฑ์อาการ 5 ข้อขึ้นไป
- (a) มือ เท้า มักขยุกขยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
  - (b) ลุกจากที่นั่งในสถานการณ์ที่ต้องนั่งกับที่ (เช่น ลุกออกจากที่นั่งในห้องเรียน, ในห้องทำงาน)
  - (c) ริ่ง หรือปีนปายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่ไม่นิ่งไม่ได้)
  - (d) เล่นหรือทำงานอดิเรกต่างๆเจียบๆไม่ได้
  - (e) เคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนติดเครื่องยนต์ (เช่น ไม่สามารถนั่งนิ่งๆได้นาน, กระสับกระส่าย)
  - (f) พุดมากเกินควร
  - (g) ซิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ (เช่น ช่วยพูดต่อประโยคให้ผู้อื่น, ไม่สามารถรอพูดได้ตอบในบทสนทนาได้)
  - (h) ไม่ยอมรอคอยคิวตามลำดับ
  - (i) ขัดหรือแทรกผู้อื่น (เช่น ขัดขึ้นมาในระหว่างการสนทนา กลางเกม หรือกิจกรรม, ใช้สิ่งของผู้อื่นโดยไม่ถามหรือขออนุญาตก่อน ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อาจเป็นการเข้าไปแทรกสิ่งที่ผู้อื่นกำลังทำอยู่)
- B. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

- C. ความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากอาการเหล่านี้เกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ (เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน กับเพื่อนหรือกับญาติ หรือในกิจกรรมอื่นๆ)
- D. มีหลักฐานชัดเจนว่าอาการดังกล่าวรบกวนหรือลดคุณภาพการทำหน้าที่ด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน
- E. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดในช่วงที่เป็น schizophrenia, psychotic disorder และไม่เข้าเกณฑ์ความผิดปกติทางจิตอื่นๆ (เช่น mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal)

จากเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้น ทำให้วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. โรคสมาธิสั้นที่มีอาการผสม (ADHD, combined type) เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ข้อ A(1) inattention และ A(2) hyperactivity-impulsivity ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด
2. โรคสมาธิสั้นที่มีอาการเด่นในด้านขาดสมาธิ (ADHD, predominantly inattentive type) เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ข้อ A(1) inattention แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ข้อ A(2) hyperactivity-impulsivity ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
3. โรคสมาธิสั้นที่มีอาการเด่นในด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (ADHD, predominantly hyperactive/impulsive type) เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ข้อ A(2) hyperactivity-impulsivity แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ข้อ A(1) inattention ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

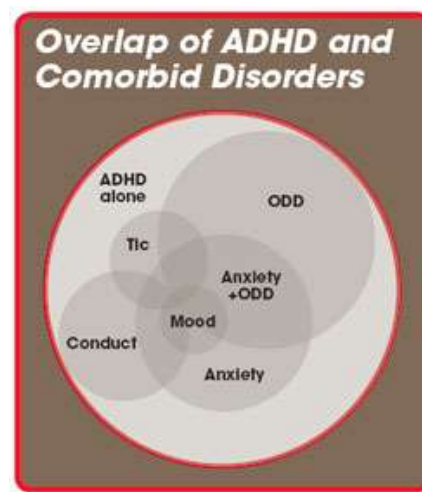
#### การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis)

1. สติปัญญาบกพร่อง (Mental retardation) ผู้ป่วยที่พัฒนาการช้าจะมีปัญหาเรื่องการทำงาน/การบ้าน เข้าได้ เนื่องจากงานที่ได้รับมอบหมายยากเกินกว่าความสามารถของเด็ก ซึ่งต่างจากเด็กสมาธิสั้นที่สามารถทำได้ แต่ไม่ทำเนื่องจากขาดสมาธิหรือไม่สามารถวางแผนการทำงานได้
2. ออทิสติก (Autism) ผู้ป่วยออทิสติกจะมีปัญหาสำคัญเรื่องการสื่อสาร และทักษะสังคม เมื่อสื่อสารกับผู้ดูแลไม่ได้ ผู้ป่วยจะไม่ทำตามคำสั่ง ต่อต้าน หงุดหงิด สามารถวินิจฉัยโรคออทิสติกร่วมกับโรคสมาธิสั้นได้
3. โรคซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล (Depression/Anxiety disorder) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหม่อลอย ขาดสมาธิได้เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ แต่ต้องพบร่วมกับอาการอื่นๆของโรคทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้บ่อยๆ ไม่อยากไปโรงเรียน เป็นต้น
4. การเลี้ยงดูแบบขาดวินัย (Underdisciplined child) พบในเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบตามใจ ไม่มีการควบคุมหรือฝึกระเบียบวินัย ทำให้เด็กทำอะไรตามใจตนเอง ไม่มีกฎเกณฑ์ แสดงอาการคล้ายโรคสมาธิสั้นได้บ่อย เด็กกลุ่มนี้มักแสดงอาการสมาธิสั้นเฉพาะที่บ้าน ที่โรงเรียนมักไม่พบปัญหารุนแรงเนื่องจากมีการควบคุมพฤติกรรมด้วยกฎระเบียบของโรงเรียน

5. เด็กที่ถูกทารุณกรรมหรือละเลยทอดทิ้ง (Neglect child/Child abuse) พบอาการสมาธิสั้นเริ่มต้นหลังจากการถูกทารุณกรรม ในบางรายแยกจากกันได้ยาก เช่น เด็กที่ถูกละเลยทอดทิ้งตั้งแต่ยังเล็ก อย่างไรก็ตาม หากเด็กได้รับการฟื้นฟูเยียวยา อาการสมาธิสั้นจะลดลงได้
6. ผลข้างเคียงของยา ที่พบบ่อย คือ phenobarbital ที่ใช้ในการรักษาโรคลมชัก และ pseudoephedrine ที่ใช้ในการรักษาอาการภูมิแพ้/คัดจมูก เมื่อหยุดยาอาการสมาธิสั้นจะหายไปเอง

*โรคร่วมที่พบบ่อย (Comorbidity)*

1. พฤติกรรมเกร (Conduct disorder) พบได้ 1/3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิ์ผู้อื่น และฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม ทำให้พยากรณ์ของโรคแย่งลง
2. โรคดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) พบได้ถึง 40% ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีปัญหาเรื่องอารมณ์ร้อน โกรธหงุดหงิดง่าย เจ้าคิดเจ้าแค้น สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่<sup>12</sup>
3. ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง (Learning disorder) พบได้ 1/3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีปัญหาเรื่องทักษะการอ่าน/เขียน/คำนวณต่ำกว่าระดับความสามารถจริงอย่างน้อย 2 ชั้นเรียน (2 SD) ตรวจวินิจฉัยได้โดยแบบทดสอบทางจิตวิทยา (Achievement Test) ซึ่งควรทำภายหลังรักษาโรคสมาธิสั้นจนสงบแล้ว
4. โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น



แผนภาพ 1 แสดงโรคร่วมที่พบได้ในโรคสมาธิสั้น

*สาเหตุ*

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่ายาที่เพิ่มสารสื่อประสาท dopamine และ norepinephrine ในสมองส่วน prefrontal cortex ช่วยให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้นได้ ทำให้สันนิษฐานว่าสาเหตุของโรคน่าจะเกี่ยวข้องกับการพร่อง dopamine และ norepinephrine

*การดูแลรักษา (Treatment)*

จากงานวิจัย The Multimodal Treatment of ADHD (MTA study) สรุปว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ยาเพิ่มสมาธิ (Anti-ADHD medication) ซึ่งมีหลายกลุ่ม เช่น กลุ่ม stimulant ที่มียาหลักในกลุ่มนี้คือ Methylphenidate (Ritalin), กลุ่ม non-stimulant เช่น Atomoxetine (Strattera), Imipramine เป็นต้น การให้ยาเพิ่มสมาธิเป็นการรักษาหลักในโรคสมาธิสั้น และจะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดเมื่อให้รวมกับการปรับพฤติกรรม
2. การปรับพฤติกรรม ควรทำในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นทุกราย ในรายที่อาการไม่รุนแรงอาจใช้การปรับพฤติกรรมก่อนแล้วติดตามผลการรักษาโดยยังไม่เริ่มยา โดยทั่วไป มีหลักในการปรับพฤติกรรม 4 ข้อ
  - 1) การลดสิ่งกระตุ้น เพื่อลดสิ่งเร้าที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียสมาธิ เช่น ไม่ให้นั่งใกล้หน้าต่าง/ประตูซึ่งจะทำให้วอกแวก ลดหรืองดการดูโทรทัศน์/เล่นเกม
  - 2) การฝึกสร้างสมาธิ ให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรม เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา ต่อจิ๊กซอว์ ทำการบ้านต่อเนื่องกัน โดยเริ่มครั้งละสั้นๆก่อนแล้วค่อยเพิ่มเมื่อทำได้ดี
  - 3) การออกคำสั่ง คำสั่งต้องสั้น กระชับ บอกได้ชัดเจนว่าต้องการให้ทำอะไร หากออกคำสั่งครั้งแรกแล้วไม่ได้ผล ครั้งที่สอง ควรขยับเข้าใกล้ตัวผู้ป่วย ก่อนออกคำสั่งซ้ำ หากไม่ได้ผล ครั้งที่สาม ควรจับมือขยับพาทำตามคำสั่ง เป็นการบอกผู้ป่วยด้วยภาษาท่าทางว่าคำสั่งนั้นมีความสำคัญ ต้องปฏิบัติตาม
  - 4) การลงโทษ-ให้รางวัล การให้รางวัล เป็นการเสริมแรงทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ขณะที่การลงโทษ ทำให้พฤติกรรมนั้นลดลง การปรับพฤติกรรมจะเน้นการให้รางวัล (เสริมแรง) ในพฤติกรรมที่ดี และ ลงโทษในพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้รางวัลทำได้หลากหลายวิธี โดยไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของ เช่น การชื่นชมให้กำลังใจ การให้สิทธิพิเศษ ส่วนการลงโทษ ควรเน้นที่การตัดสิทธิ์ (เช่น ถ้าทำการบ้านไม่เสร็จ ไม่ต้องดูโทรทัศน์) หรือ การให้แก้ไขสิ่งที่ทำผิด (เช่น ทำแก้วแตก/น้ำหก ให้เด็กทำความสะอาดเอง) แทนการดู/ตี/ตำว่า/ลงโทษรุนแรง

### **โรคต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder; ODD)**

ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ขอบต่อต้าน ชี้หงุดหงิด โดยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ประกอบด้วย

A. รู้สึกโกรธ/หงุดหงิดง่าย, มีพฤติกรรมต่อต้าน ขวนทะเลาะ, เจ้าคิดเจ้าแค้น อย่างน้อย 4 จาก 8 อาการ ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีปัญหาดังกล่าวกับบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 คนที่ไม่ใช่พี่หรือน้องของตน

อารมณ์โกรธ/หงุดหงิดง่าย (angry/irritable mood)

- 1) หงุดหงิดง่าย
- 2) ขี้รำคาญ
- 3) โกรธง่าย โมโห

พฤติกรรมต่อต้านหรือชนทะเลาะ (argumentative/defiant behavior)

4) มักทะเลาะกับผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจหรืออาวุโสเหนือกว่า

5) มักต่อต้านหรือปฏิเสธความร่วมมือกับผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจหรืออาวุโสเหนือกว่า หรือต่อต้านกติกา

6) จงใจก่อความรำคาญให้ผู้อื่น

7) ตำหนิผู้อื่นทั้งที่เป็นความผิดพลาดหรือปัญหาพฤติกรรมของตัวเอง

เจ้าคิดเจ้าแค้น (vindictiveness)

8) มุ่งร้าย อาฆาตแค้น หรือเจ้าคิดเจ้าแค้น อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

อาการดังกล่าวต้องแยกออกจากปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปกติ ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ควรแสดงอาการเกือบทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ในเด็กอายุมากกว่า 5 ปี ควรแสดงอาการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยระดับพัฒนาการ เพศ หรือวัฒนธรรม

B. อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหรือรบกวนบุคคลที่อยู่รอบข้างในบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้อง (เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน) หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านสังคม การเรียน และการประกอบอาชีพ

C. พฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เกิดจาก psychotic disorder, substance use disorder, depressive disorder หรือ bipolar disorder และอาการไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย disruptive mood dysregulation disorder

อาการของโรคจัดเป็นระดับ mild, moderate, severe ตามจำนวนบริบทที่เกิดอาการ หากเกิดใน 1 บริบท (เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือกับเพื่อนอย่างใดอย่างหนึ่ง) จัดอยู่ในระดับ mild หากเกิดใน 2 บริบท เป็น moderate และหากเกิดใน 3 บริบท เป็นกลุ่ม severe

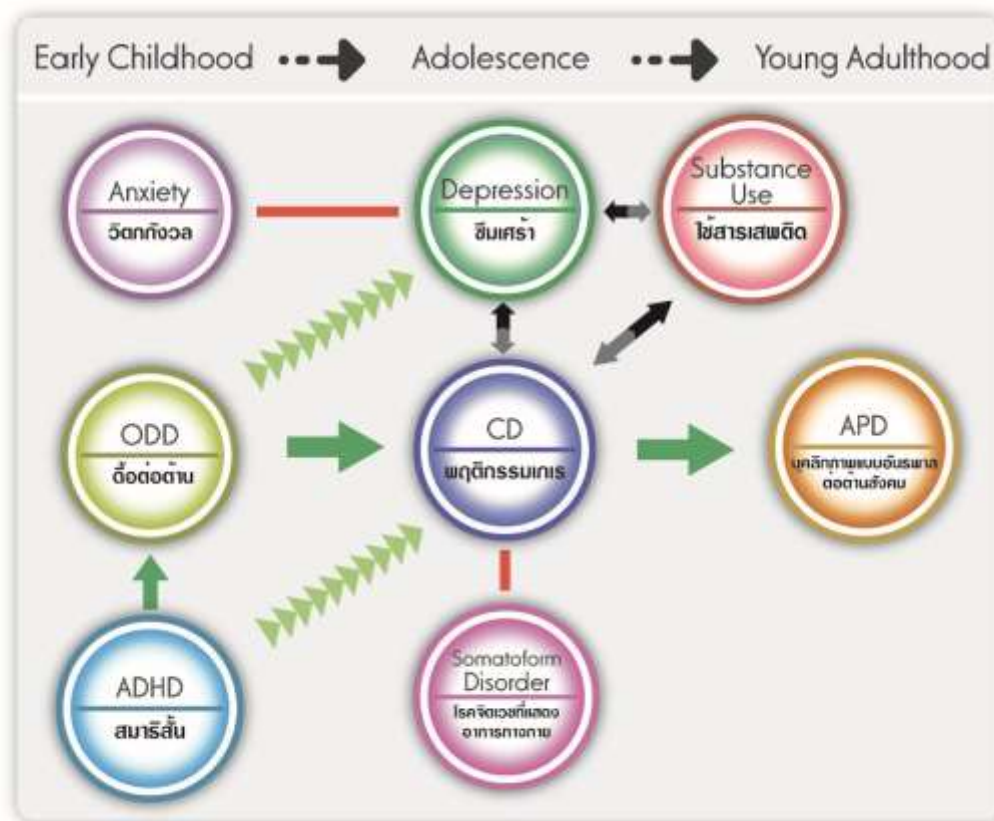
*โรคร่วมที่พบบ่อย (Comorbidity)*

1. พฤติกรรมเกร (conduct disorder) ข้อมูลจากผลการศึกษา Great Smoky Mountains Study พบว่าโรคนี้ต่อต้านเป็นปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมเกรในเด็กชาย แต่ไม่ใช่ปัจจัยทำนายในเด็กหญิง<sup>13</sup>

2. โรคซึมเศร้า (depressive disorder) อาการต่อต้านเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า อารมณ์หงุดหงิดกับพฤติกรรมต่อต้าน สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในวัยผู้ใหญ่<sup>13</sup>

3. โรคสมาธิสั้น (ADHD) ในผู้ป่วยสมาธิสั้น พบโรคร่วมต่อต้านได้ถึงร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคนี้ต่อต้านจะพบโรคร่วมสมาธิสั้นได้ราวหนึ่งในสาม

แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมติดต่อด้าน พฤติกรรมเกร สมาธิสั้น วิตกกังวล และซึมเศร้า<sup>14</sup>



หมายเหตุ

➤ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับพฤติกรรม ที่พบว่า โรคสมาธิสั้นทำให้พฤติกรรมเกร เกิดเร็วขึ้นและรุนแรงมากขึ้นก็ต่อเมื่อมีโรคติดต่อด้านร่วมด้วย

— แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 โรคที่สัมพันธ์กัน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าโรคใดเป็นเหตุโรคใดเป็นผล

สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่า เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ร่วมกัน

-ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม การถ่ายทอดพฤติกรรมก้าวร้าวในครอบครัว ความผิดปกติของสมอง สารสื่อประสาทกลุ่ม serotonin, cortisol, prolactin ระบบประสาทอัตโนมัติที่ตื่นตัวน้อย การสูบบุหรี่ในช่วงตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติดของพ่อแม่ พันธุกรรม ระดับสติปัญญา ผลการเรียนรู้ความสามารถในการอ่าน สารพิษต่อระบบประสาท เช่น ตะกั่ว เป็นต้น<sup>15</sup>

-ปัจจัยทางจิตใจและสังคม เช่น ความผูกพันกับผู้ดูแล (attachment) ทักษะการเลี้ยงดูเด็ก การทารุณกรรมในเด็ก อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยกระตุ้นทางสังคม จิตใจและทักษะการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

การดูแลรักษา (Treatment)



1. การรักษาด้วยยา การใช้ยาเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถรักษาโรคสมาธิสั้นได้ แต่สามารถช่วยควบคุมพฤติกรรมหรือโรคร่วมบางอย่างได้ ยาเพิ่มสมาธิ methylphenidate สามารถช่วยลดอาการของโรคต่อต้านที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นได้ ยาต้านเศร้าหรือยาคลายกังวล สามารถช่วยลดอาการของโรคต่อต้านที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นได้<sup>16</sup>
2. จิตสังคมบำบัด การฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (cognitive problem-solving skills) การฝึกทักษะสังคม (social skills training) เป็นต้น

### **พฤติกรรมเกร (Conduct disorder)**

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิผู้อื่น และฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ประกอบด้วย

A. มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหรือละเมิดสิทธิเกิดขึ้นซ้ำๆและต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ข้อ จากทั้งหมด 15 ข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอย่างน้อย 1 ข้อเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้  
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์ (aggression to people and animals)

- 1) กลั่นแกล้งรังแก คุกคาม หรือทำให้คนอื่นอับอาย
- 2) ทะเลาะวิวาท
- 3) ใช้อาวุธที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น มีด ปืน ขวดปากฉลาม ก้อนอิฐ
- 4) ทำร้ายคน
- 5) ทำร้ายสัตว์
- 6) ปล้น
- 7) ล้วงละเมิดทางเพศผู้อื่น

พฤติกรรมทำลายข้าวของ (destruction of property)

- 8) วางเพลิงโดยมีเจตนาให้เกิดความเสียหายร้ายแรง
- 9) ทำลายทรัพย์สินของผู้อื่น (นอกเหนือจากการวางเพลิง)

พฤติกรรมหลอกลวงหรือลักขโมย (deceitfulness or theft)

- 10) บุกรุกอาคาร บ้านเรือน หรือรถผู้อื่น
- 11) โกหก/ต้มตุ๋นเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการหรือเพื่อหลีกเลี่ยงกฎกติกา
- 12) ลักเล็กขโมยน้อย

พฤติกรรมฝ่าฝืนกฎ (serious violation of rules)

- 13) การออกนอกบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาตก่อนอายุ 13 ปี
- 14) หนีออกไปค้างคืนนอกบ้านอย่างน้อยสองคืนหรือไปครั้งละนานๆทั้งที่ยังอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง
- 15) หนีโรงเรียนก่อนอายุ 13 ปี

B. อาการดังกล่าวทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน

C. หากอายุมากกว่า 18 ปี อาการต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย antisocial personality disorder

หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งก่อนอายุ 10 ปี จะจัดอยู่ในกลุ่ม childhood-onset type หากเกิดอาการหลังอายุ 10 ปี จะจัดอยู่ในกลุ่ม adolescent-onset type

### โรคร่วมที่พบบ่อย (Comorbidity)

1. โรคซึมเศร้า (depressive disorder) ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ซึมเศร้ามักจะแสดงออกเป็นอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ฉุนเฉียวง่าย ก้าวร้าว เมื่อไม่มีความสุข เด็กมักจะพยายามหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกเบื่อหรือเป็นทุกข์น้อยลง จึงพบปัญหาพฤติกรรมติดเกม พฤติกรรมเกราะได้มาก
2. สติปัญญาบกพร่อง (mental retardation) ผู้ป่วยที่พัฒนาการช้าจะมีปัญหาเรื่องทักษะสังคมและการควบคุมตนเอง เมื่อถูกชักจูงจากเพื่อนที่มีพฤติกรรมเกราะ จึงมีแนวโน้มจะทำตามได้ง่าย
3. เด็กที่ถูกทารุณกรรมหรือละเลยทอดทิ้ง (neglect child/Child abuse) เด็กกลุ่มนี้มักมีปัญหาเรื่องการควบคุมตนเองทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม เนื่องจากขาดความรักความอบอุ่นและขาดการฝึกควบคุมระเบียบวินัย

### สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่า เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน เช่น

- ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม พื้นอารมณ์ ความผิดปกติของสมอง เซาว์นปัญญา
- ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความผูกพันกับผู้ดูแล (attachment) ความเครียด อารมณ์เศร้า
- ปัจจัยทางสังคม เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงอาวุธได้ง่าย

### การดูแลรักษา (Treatment)

ต้องอาศัยการดูแลแบบบูรณาการหลากหลายรูปแบบจากทีมสหวิชาชีพ เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมกับเด็ก ครอบครัวบำบัด อาจต้องใช้ยาในบางราย

## 2. โรคในกลุ่มปัญหาพัฒนาการ

### สติปัญญาบกพร่อง (Mental retardation)

สติปัญญาบกพร่อง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับเซาว์นปัญญาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ คือต่ำกว่า 70 (ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาปกติเท่ากับ 100) ร่วมกับมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนตามทีควรจะได้เมื่อเทียบกับเด็กที่มีระดับอายุ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมเดียวกัน โดยต้องพบความบกพร่องอย่างน้อย 2 ด้าน จากทักษะทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้สาธารณสมบัติ การควบคุมตนเอง ทักษะด้านวิชาการที่จำเป็น การทำงาน การพักผ่อน และสุขภาพและความปลอดภัย โดยเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 ปี

สติปัญญาบกพร่องจะแยกตามระดับความรุนแรงเป็น

Mild MR	IQ 50-70	ระดับความสามารถเฉลี่ย ประมาณ 12 ปีพบ 85%
Moderate MR	IQ 35-50	ระดับความสามารถเฉลี่ย ประมาณ 9 ปีพบ 10%
Severe MR	IQ 20-35	ระดับความสามารถเฉลี่ย ประมาณ 6 ปีพบ 4%
Profound MR	IQ < 20	ระดับความสามารถเฉลี่ย ประมาณ 3 ปีพบ 1-2%

## สาเหตุ

- สาเหตุของภาวะสติปัญญาบกพร่องอาจแบ่งโดยอาศัยช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ เป็น
- ปัจจัยที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์ (Prenatal factor) เป็นสาเหตุร้อยละ 17-41 โรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อย เช่น Down's syndrome, fragile X syndrome
  - ปัจจัยที่เกิดระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal factor) พบได้ร้อยละ 23 เช่น มารดาเสพสารเสพติด (โดยเฉพาะเหล้า ยาบ้า) การติดเชื้อไวรัสต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด
  - ปัจจัยที่เกิดภายหลังการคลอด (Postnatal factor) พบได้ร้อยละ 8 เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะทุพโภชนาการ พิษโลหะหนัก (เช่น ตะกั่ว) การขาดไทรอยด์ฮอร์โมน (cretinism) โรคลมชัก รวมทั้งการขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม

อย่างไรก็ดี หนึ่งในสี่ของเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่องมักจะหาสาเหตุไม่พบ  
*โรคร่วมที่พบบ่อย (Comorbidity)*

ร้อยละ 30-70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่องเป็นโรคจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่ง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ สมาธิสั้น (ADHD), พฤติกรรมเกร (Conduct disorder), ออทิสติก, โรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล

## การรักษา (Treatment)

1. การดูแลรักษาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุหรือเกิดร่วม เช่น โรคลมชัก ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ เป็นต้น
2. การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมด้วย เช่น สมาธิสั้น ซึมเศร้า เป็นต้น
3. การเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค ในกลุ่ม Mild MR จัดเป็น “กลุ่มเรียนรู้ได้ (educable)” ผู้บำบัดจึงต้องวางแผนช่วยเหลือเพื่อให้เด็กสามารถเรียนได้ตามศักยภาพของตน ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 50 จัดเป็น “กลุ่มฝึกได้ (trainable)” เป้าหมายจึงเป็นการฝึกเด็กให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองมากที่สุดตามระดับความสามารถ
4. การช่วยเหลือครอบครัว โดยให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจข้อจำกัดของเด็กและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการ การเรียน การวางแผนอาชีพ
5. การออกไปรับรองความพิการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐตามสิทธิ์

## ออทิสติก (Autistic disorder)

ออทิสติกเป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วยปัญหาด้านพัฒนาการภาษา ปัญหาทักษะสังคม และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3.3 เท่า

### อาการทางคลินิก (Clinical manifestation)

ออทิซึมเป็นโรคในกลุ่มพัฒนาการที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านทักษะการสื่อสารและทักษะสังคม และการมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ โดยความผิดปกติเหล่านี้มักแสดงอาการก่อนอายุ 3 ปี และรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก อาการที่พบในโรคออทิซึม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน คือ

(A) ความบกพร่องในการสื่อสารทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication and social interaction) ในหลากหลายบริบทอย่างต่อเนื่อง โดยแสดงอาการดังต่อไปนี้

1) ความบกพร่องในการตอบสนองทางสังคมอารมณ์ เช่น ไม่สามารถโต้ตอบบทสนทนาได้ ไม่มี ความสนใจหรืออารมณ์ร่วมในสถานการณ์นั้นๆ ไม่สามารถเริ่มหรือตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้

2) ความบกพร่องในการสื่อสารด้วยท่าทางเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ไม่สามารถ บูรณาการการสื่อสารด้วยท่าทางกับการสื่อสารด้วยภาษาได้ ไม่สบตา ไม่เข้าใจหรือไม่ใช้ภาษาท่าทาง หรือไม่แสดงสีหน้า

3) ความบกพร่องในการสร้าง เข้าใจ และรักษาสัมพันธภาพ เช่น ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่ เหมาะสมกับบริบททางสังคมได้ มีความยากลำบากในการหาเพื่อนหรือเล่นอย่างมีจินตนาการ ไม่สนใจ เล่นกับเพื่อน

(B) มีรูปแบบพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมซ้ำๆหรือจำกัด อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อดังต่อไปนี้

1) มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ใช้วัตถุสิ่งของเดิมซ้ำๆ หรือพูดซ้ำ เช่น เรียงวัตถุต่อกัน พูดซ้ำตามคำพูด คนอื่น

2) ต้องการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมเดิมซ้ำๆเป็นรูปแบบเดิม เช่น หงุดหงิดมากเมื่อมี การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมเดิมแม้เพียงเล็กน้อย มีปัญหาในการเปลี่ยนกิจกรรม มีรูปแบบการคิดที่ไม่ ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงยาก ต้องการเดินทางด้วยเส้นทางเดิม หรือทานอาหารประเภทเดิมซ้ำๆ

3) มีความสนใจจำกัดหรือสนใจมากเกินไปในบางเรื่อง เช่น ดิควัตถุหรือหมกมุ่นสนใจในวัตถุ หรือสนใจหมกมุ่นกับเรื่องราวบางอย่าง

4) มีปฏิริยามากเกินไปหรือน้อยเกินไปต่อสิ่งกระตุ้นประสาทสัมผัส หรือสนใจรับรู้สิ่งแวดล้อม ด้านประสาทสัมผัสที่แปลกกว่าปกติ เช่น แยกความรู้สึกปวดหรืออุณหภูมิได้ไม่ดี ตอบสนองต่อเสียง หรือผิวสัมผัสผิดปกติไป ได้กลิ่นหรือสัมผัสรุนแรงกว่าปกติ ไวต่อแสงหรือการเคลื่อนไหว

(C) อาการเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของระยะพัฒนาการ แต่อาจแสดงอาการให้เห็นเด่นชัดเมื่ออยู่ในบริบท ทางสังคมที่ซับซ้อนเกินกว่าระดับความสามารถของเด็ก และอาจเห็นไม่ชัดเจนหากมีการเรียนรู้บริบท ทางสังคมบางอย่างเพิ่มเติมขึ้นมา

(D) อาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม อาชีพ หรือด้านอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทาง คลินิก

(E) ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นผลจากความบกพร่องด้านสติปัญญา หรือ พัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ความบกพร่องด้านสติปัญญามักเกิดร่วมกับโรคออทิซึม หากเกิดร่วมกัน ต้องประเมินว่า ทักษะการสื่อสารทางสังคมต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับความบกพร่องด้านสติปัญญาที่เกิดขึ้น

ปัจจัยทำนายพยากรณ์ของโรคที่สำคัญ คือ การมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย ระดับความบกพร่องด้านภาษา (หากมีการใช้ภาษาอย่างมีความหมายได้ก่อนอายุ 5 ปี ถือเป็นพยากรณ์โรคที่ดี) และปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดร่วม รวมถึงโรคลมชัก ซึ่งพบว่าทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคออทิซึม คือ การกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยแรกเริ่ม (early intervention)

ปัญหาการสื่อสาร การขาดทักษะสังคม ความเคยชินหรือความสนใจซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก และมักมีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมโดยที่ผู้ดูแลหาเหตุผลไม่ได้ เช่น โกรธ หงุดหงิด อาละวาด เนื่องจากสื่อสารกับผู้อื่นไม่เข้าใจ นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 70 ของเด็กออทิสติกมีปัญหาด้านสติปัญญาร่วม ซึ่งทำให้พยากรณ์โรคแยกลงไปอีก

#### สาเหตุ

ปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคออทิซึม ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค<sup>11</sup> ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อแม่อายุมาก น้ำหนักแรกคลอดน้อย หรือการได้รับยา valproate ในช่วงตั้งครรภ์
- 2) ปัจจัยด้านพันธุกรรมและกายภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรมส่งผลต่อการเกิดโรคตั้งแต่ร้อยละ 37 ถึง 90 ปัจจุบันผู้ป่วยโรคออทิซึมราวร้อยละ 15 พบว่าเกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน (gene mutation) แต่ยังไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยตรง

ปัจจัยทำนายพยากรณ์ของโรคที่สำคัญ คือ การมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย ระดับความบกพร่องด้านภาษา หากมีการใช้ภาษาอย่างมีความหมายได้ก่อนอายุ 5 ปี ถือเป็นพยากรณ์โรคที่ดีและปัญหาสุขภาพจิตที่เกิด (ร่วม รวมถึงโรคลมชัก ซึ่งพบว่าทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

#### การรักษา (Treatment)

การรักษามีเป้าหมายเพื่อให้เด็กสามารถมีพัฒนาการทางการสื่อสารและทักษะสังคมดีขึ้น ลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ตามศักยภาพของตน และพ่อแม่ดูแลและจัดการอาการของโรคได้อย่างเหมาะสม โดยการบำบัดประกอบด้วย

1. การฝึกกระตุ้นพัฒนาการในระยะแรกเริ่ม (early intervention) ครอบคลุมการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา  
พัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์
2. การจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบเป็นอาการร่วมได้มากในเด็กกลุ่มออทิสติก
3. การจัดการศึกษาเฉพาะรายบุคคล ในกรณีที่เด็กโตสามารถเรียนได้
5. การให้สุขภาพจิตศึกษาและฝึกทักษะพ่อแม่ในการกระตุ้นพัฒนาการและจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็ก
6. การใช้ยา ไม่มียาที่ใช้รักษาอาการหลักของโรคได้ แต่อาจใช้ยากลุ่มเพิ่มสมาธิ เช่น Methylphenidate หรือยาต้านโรคจิต เช่น Risperidone เพื่อช่วยควบคุมอาการบางอย่าง เช่น ชน ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น

### **3. โรคในกลุ่มปัญหาอารมณ์**

#### **โรคซึมเศร้า**

อาการหลักที่สำคัญในเด็กไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ และใช้เกณฑ์วินิจฉัยเดียวกัน ยกเว้นเรื่องอารมณ์ที่จะแสดงออกเป็นหงุดหงิดฉุนเฉียวง่ายมากกว่าซึมเศร้าแบบผู้ใหญ่ อาการบางอย่างอาจแตกต่างกันบ้างตามระดับพัฒนาการ เช่น ในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีพฤติกรรมคือ ต่อต้าน ก้าวร้าว แยกตัว ไม่เล่นกับเพื่อน เด็กวัยเรียนมักแสดงเป็นปัญหาพฤติกรรม เช่น ดุด่าด่ามากขี้โมโห อกหัก ลักขโมย ผลการเรียนลดลง ในวัยรุ่นอาการจะใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ และพบปัญหาพฤติกรรมเกราะ หรือการใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้มาก

การดูแลรักษา ประกอบด้วย

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และโรงเรียนเข้าใจอาการของโรคและแนวทางการรักษา รวมทั้งความช่วยเหลือที่แต่ละฝ่ายควรให้
2. จิตบำบัด เน้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT)<sup>17</sup>
3. ยาด้านเศร้า ใช้ในกรณีที่อาการรุนแรงหรือทำจิตบำบัดแล้วไม่ดีขึ้น ต้องใช้ร่วมกับจิตบำบัดเสมอ ในปัจจุบันมีเพียง Fluoxetine เท่านั้นที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

#### **โรควิตกกังวล**

เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น การวินิจฉัยและดูแลรักษาใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ใหญ่ ยกเว้นโรค Separation anxiety disorder เท่านั้นที่พบเฉพาะในเด็ก

*Separation anxiety disorder*

ผู้ป่วยจะวิตกกังวล (กลัว) การแยกจากบ้านหรือบุคคลที่ใกล้ชิดมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็นตามระดับพัฒนาการ โดยมักกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือคนใกล้ชิด เช่น กลัวถูกลักพาตัว กลัวพ่อแม่เป็นอันตราย ทำให้เด็กไม่ยอมแยกจากคนใกล้ชิด เช่น ไม่ยอมนอนคนเดียว ไม่ยอมไปโรงเรียน อาจมี

อาการทางกายที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น ปวดท้อง ปวดหัว อาเจียน โดยอาการต้องเป็นนานกว่า 4 สัปดาห์ มักเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 7-9 ปี

การดูแลรักษา ประกอบด้วย

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และโรงเรียนเข้าใจอาการของโรคและแนวทางการรักษา รวมทั้งความช่วยเหลือที่แต่ละฝ่ายควรให้
2. จิตบำบัด เน้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT)
3. ยาคลายกังวล ใช้ในกรณีที่อาการรุนแรงหรือทำจิตบำบัดแล้วไม่ดีขึ้น ต้องใช้ร่วมกับจิตบำบัดเสมอ

#### \* สรุป

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญต่อคุณภาพประชากรในอนาคต สำหรับพยาบาลวิชาชีพ การดูแลเด็กและวัยรุ่น ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ และโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย รวมทั้งทักษะการประเมินและการให้การดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการ พฤติกรรม และอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีและเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในที่สุด

## หน่วยที่ 4 วิชาทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

### วัตถุประสงค์

เพื่อผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

### สาระสำคัญ

ผู้ให้คำปรึกษาควรมีทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ซึ่งความสำคัญของการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้น โดยจะสามารถเริ่มต้นในการเลือกปัญหา ประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์ และความเข้าใจในปัญหาให้ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาของผู้รับการปรึกษาต่อไป

### เนื้อหา

หลักการวิเคราะห์ปัญหาของผู้คำปรึกษาด้วย 4P

เวลาที่ใช้ 14.30 – 16.30 น. (120 นาที)

### กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรบรรยายหลักการวิเคราะห์ปัญหาของผู้คำปรึกษา	15 นาที	PowerPoint
2	วิทยากรบรรยายการวิเคราะห์ปัญหาด้วย 4P	20 นาที	PowerPoint
3	วิทยากรอธิบายวิธีทำกิจกรรมที่ 1 “4P 10 คำถาม”	2 นาที	PowerPoint
4	ผู้เข้าอบรมทำกิจกรรมที่ 1 “4P 10 คำถาม” - แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มๆ ละ 10-12 คน - สมาชิก 1 คนในกลุ่มยกตัวอย่างกรณีศึกษาเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม/อารมณ์กลุ่มละ 1 ตัวอย่าง พร้อมข้อมูลเพศ อายุเด็ก สมาชิกในครอบครัว - สมาชิกในกลุ่มถามคำถามเกี่ยวกับกรณีศึกษา โดยให้ถามได้ไม่เกิน 10 คำถามเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ 4P ของกรณีศึกษาได้ - นำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่ม 4P	23 นาที	- กระดาษบรู๊ฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง - ปากกาเมจิก
5	ผู้เข้าอบรมแลกเปลี่ยนกรณีศึกษาพร้อม 4P ของแต่ละกลุ่ม โดยนำเสนอทีละ 1 กลุ่ม	50 นาที	- กระดาษบรู๊ฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง - ปากกาเมจิก
6	วิทยากรสรุปการวิเคราะห์ปัญหาด้วย 4P	10 นาที	PowerPoint

### การวัดผล/ประเมินผล

สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม



## ใบความรู้

### ทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตด้วยเรียน

#### การวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

• Case formulation คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับคำปรึกษาว่ามีปัจจัยใดทำให้เกิดปัญหานี้ขึ้น และปัจจัยแต่ละอย่างนั้นเกี่ยวข้องกับเชื่อมโยงกันอย่างไร (มาถึงจุดนี้ได้อย่างไร?) เพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลรักษาต่อไป

• Case formulation อาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น วิเคราะห์เคสตามทฤษฎีทางจิตวิทยา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค

- ในที่นี้ จะใช้การวิเคราะห์เคสแบบ 4P เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจ
- การวิเคราะห์เคสแบบ 4P เริ่มต้นจากการเลือกปัญหา/ประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์/ทำความเข้าใจให้ชัดเจนเสียก่อน

#### การวิเคราะห์ แบบ 4P

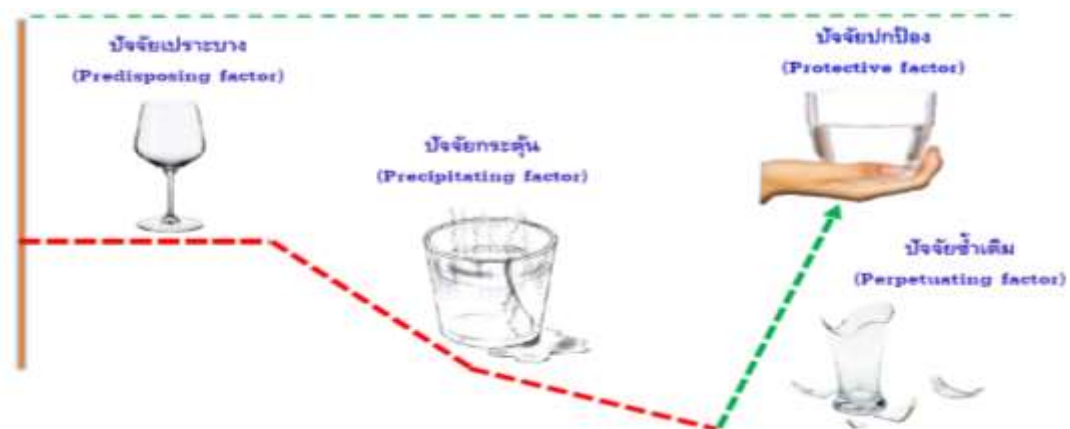
• Predisposing factors (ปัจจัยเปราะบาง) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงหรือเปราะบางต่อการเกิดโรค/ปัญหา เช่น สติปัญญาล่าช้า ครอบครัวยากจน เป็นแรงงานอพยพ ฯลฯ

• Precipitating factors (ปัจจัยกระตุ้น) เป็นปัจจัยที่เหนี่ยวนำให้เกิดโรค/ปัญหา เช่น แยกทางกับภรรยา ถูกฟ้องล้มละลาย ถูกกลั่นแกล้งรังแก ฯลฯ

• Perpetuating factors (ปัจจัยซ้ำเติม) เป็นปัจจัยที่เกิดหลังจากเกิดโรค/ปัญหานั้นแล้ว ทำให้อาการ/ปัญหาแย่ลงอีก เช่น ขาดยา ถูกหาโทษรุนแรงหลังเกิดปัญหา ฯลฯ

• Protective factors (ปัจจัยปกป้อง) เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี/เข้มแข็ง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ปัญหา เช่น สติปัญญาดี ครูเข้าใจปัญหาและพร้อมช่วยเหลือ ฯลฯ

#### การวิเคราะห์ปัญหาด้วยหลัก 4P



## หน่วยที่ 5 วิชาทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อสร้างวินัยในตัวเอง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. เพื่อให้มีทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง

### สาระสำคัญ

การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวินัยในตัวเองมีความสำคัญมาก ซึ่งต้องมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Pre-contemplation) มีความลังเล ไม่มั่นใจ (Contemplation) วางแผนเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Preparation) ทดลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Action)

ซึ่งหากจะเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง แล้วจะช่วยให้การปรับพฤติกรรมประสบความสำเร็จ

### เนื้อหา

1. หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. ปัจจัย / ปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม
3. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เวลาที่ใช้ 09.00 – 12.00 น. (180 นาที)

### กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรเกริ่นนำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง	10 นาที	PowerPoint
2	วิทยากรอธิบายวิธีทำกิจกรรมที่ 2 “คนใหม่ นิสัยใหม่”	2 นาที	PowerPoint
3	ผู้เข้าอบรมทำกิจกรรมที่ 2 “คนใหม่ นิสัยใหม่” - สมาชิกในกลุ่มทบทวนประสบการณ์ของตัวเองในประเด็น “นิสัยหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่เราเคยมีและสามารถเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ” - ในแต่ละกลุ่มใหญ่ให้แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน ผลัดกันเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้วตอบคำถาม	20 นาที	- กระดาษปฐพี - ชาร์ทพร้อมขาตั้ง - ปากกาเมจิก

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
	1.ปัจจัยที่ทำให้เราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นสำเร็จ 2 ข้อ 2.ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วสามารถผ่านมันไปได้ 2 ข้อ		
4	ตัวแทนแต่ละกลุ่มใหญ่นำเสนอและแลกเปลี่ยนในห้องประชุม ร่วมกัน กลุ่มละ 1 เรื่อง	45 นาที	-กระดาษปรีฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง -ปากกาเมจิก
5	วิทยากรบรรยายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Model of Change)	20 นาที	PowerPoint
6	วิทยากรอธิบายวิธีทำกิจกรรมที่ 3 “ครูใหม่ เทคนิคใหม่”	3 นาที	PowerPoint
7	ผู้เข้าอบรมทำกิจกรรมที่ 3 “ครูใหม่ เทคนิคใหม่” -ในแต่ละกลุ่มใหญ่ให้แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน ผลัดกันเล่า ประสบการณ์ที่ครูนำ SAFE B-MOD ไปใช้ และยกตัวอย่าง “เคล็ดลับ ที่ครูให้ความช่วยเหลือแล้วพบปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ จากที่ปรึกษา” และตอบคำถาม 1. ครูอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเทคนิคปรับพฤติกรรมใน ขั้นตอนใด 2. วิธีการที่จะเลือกใช้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครู 3 ข้อ	25 นาที	-กระดาษปรีฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง -ปากกาเมจิก
8	ตัวแทนแต่ละกลุ่มใหญ่นำเสนอและแลกเปลี่ยนในห้องประชุม ร่วมกัน กลุ่มละ 1 เรื่อง	45 นาที	-กระดาษปรีฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง -ปากกาเมจิก
9	วิทยากรสรุปการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ต่อเนื่อง	10 นาที	PowerPoint

### การวัดผล/ประเมินผล

ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เรื่องทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อ  
สร้างวินัยในตัวเอง หลังอบรมดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 80

## หน่วยที่ 6 วิชาทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความเข้าใจหลักการของการให้บริการปรึกษาออนไลน์
2. เพื่อฝึกทักษะและเทคนิคการให้บริการปรึกษาออนไลน์
3. เพื่อฝึกทักษะการใช้ HERO Application

### สาระสำคัญ

ให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นทางเลือกหนึ่งในยุคปัจจุบันที่มีความสำคัญและสามารถเข้าถึงง่าย การฝึกทักษะและเทคนิคการให้บริการปรึกษาออนไลน์ การใช้ แอปพลิเคชัน เข้ามามีส่วนช่วย จึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ให้คำปรึกษาในยุคดิจิทัล ซึ่งหากผู้ให้บริการปรึกษานำความรู้ ในเรื่องดังกล่าวไปใช้ก็จะสามารถช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันทีทุกที่

### เนื้อหา

1. การให้คำปรึกษาออนไลน์ จำนวน 10 นาที
2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาออนไลน์ จำนวน 45 นาที
3. การฝึกทักษะและเทคนิคการให้บริการปรึกษาออนไลน์ จำนวน 35 นาที
4. การฝึกทักษะการใช้ HERO Application จำนวน 60 นาที

เวลาที่ใช้ 13.00 – 15.30 น. (150 นาที)

### กิจกรรม

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
1	วิทยากรเกริ่นนำหลักการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์	10 นาที	PowerPoint
2	วิทยากรอธิบายวิธีทำกิจกรรมที่ 4 “Check in”	5 นาที	PowerPoint
3	ผู้เข้าอบรมทำกิจกรรมที่ 4 “Check in” -ในแต่ละกลุ่มใหญ่ให้แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มย่อย -สมาชิกกลุ่มหนึ่งสวมบทบาทเป็นคุณครูที่ขอคำปรึกษา อีกกลุ่มเป็นผู้ให้คำปรึกษา -สมาชิกกลุ่มที่เป็นคุณครูเขียนประโยคข้อความที่จะขอปรึกษา ลงในกระดาษ แล้วส่งให้สมาชิกอีกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษา -สมาชิกกลุ่มผู้ให้คำปรึกษาเขียนตอบในกระดาษแล้วส่งคืนให้	20 นาที	-กระดาษบรู๊ฟ ชาร์ทพร้อมขาตั้ง -ปากกาเมจิก -กระดาษ A4 -ปากกา

ที่	กิจกรรมฝึกอบรม	เวลาที่ใช้	สื่อที่ใช้
	คุณครูตอบกลับ โดยให้ได้ตอบกันไปมาได้ไม่เกินกลุ่มละ 5 ประโยค -สมาชิกในกลุ่มอภิปรายถึง “ประโยคที่ถูกต้อง/โดนใจ” และ “ประโยคที่ไม่ชอบใจ”		
4	ตัวแทนแต่ละกลุ่มใหญ่นำเสนอและแลกเปลี่ยนในห้องประชุมร่วมกัน ทีละกลุ่ม	20 นาที	-กระดาษปรีฟชาร์ทพร้อมขาตั้ง -ปากกาเมจิก
5	ผู้เข้าอบรมสาธิตการให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์ -ขอตัวแทนผู้อบรม 2 กลุ่ม เล่นบทบาทสมมติเป็นผู้ขอรับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา -ทั้ง 2 กลุ่มพิมพ์โต้ตอบกันผ่าน HERO Application โดยนำหน้าจอ Application สำหรับสนทนาขึ้นบนจอภาพใหญ่ในห้องประชุมเพื่อให้ทุกคนเห็นบทสนทนา	15 นาที	HERO Application
6	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เข้าประชุมถึงบทสนทนาในการให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์	10 นาที	HERO Application
7	วิทยากรสรุปการให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์	10 นาที	PowerPoint
8	วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมอบรมใช้มือถือตัวเองดาวน์โหลด HERO Application จากระบบ Android หรือ IOS	30 นาที	HERO Application
9	วิทยากรสาธิตการใช้ HERO Application พร้อมให้ผู้รับการอบรมทดลองใช้จริง	20 นาที	HERO Application
10	วิทยากรสรุปและตอบคำถามเกี่ยวกับ HERO Application เพื่อใช้ในการดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์ และพฤติกรรม	10 นาที	-

### การวัดผล/ประเมินผล

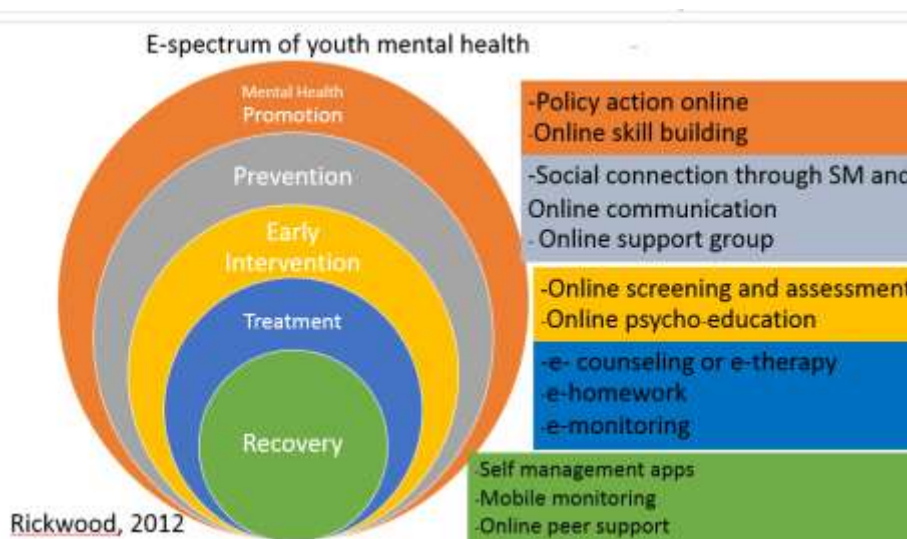
ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เรื่องทักษะการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีและการจัดบริการออนไลน์ หลังอบรมดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 80

## ใบความรู้

### การให้การปรึกษาออนไลน์ (Online Counseling)

ปัจจุบัน internet เข้ามามีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนมากขึ้น เกือบทุกบริบทในสังคมล้วนต้องอาศัย Internet เป็นแหล่งสำคัญในการหาคำตอบ ด้านสุขภาพก็เช่นกัน มีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและแนวทางการช่วยเหลือตัวเองจากโลกของ Internet เพิ่มมากขึ้นก่อนไปพบแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่น การให้การปรึกษาออนไลน์ (Online Counseling) เป็นบริการหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เป็นบริการให้การปรึกษาที่มีค่าบริการเหมือนกับการให้การปรึกษาแบบเห็นหน้า (Face to Face) มีการแบ่งประเภทการให้การปรึกษาออนไลน์ไว้เป็น 2 ประเภทคือ แบบที่ต้องรอเวลา (Asynchronous) และแบบโต้ตอบเป็นปัจจุบัน (Synchronous) การให้การปรึกษาออนไลน์แบบ synchronous chat services กำลังกลายเป็นการให้การรักษาบำบัดแบบปกติในโลกยุคปัจจุบัน บริการนี้เติบโตอย่างรวดเร็วภายใน 15 ปีที่ผ่านมา ในต่างประเทศมีการให้ Certified โดยผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ มีการศึกษาและทบทวนหาหลักฐานในเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผลกันอย่างมากในต่างประเทศ ดังนั้นการให้บริการนี้จึงมีการเติบโตอย่างรวดเร็วตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ประเทศไทยยุค 4.0 ความเร็วของระบบ 4 G จึงควรพิจารณาให้บริการการปรึกษาลักษณะนี้ เพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มขึ้นด้วย

**ภาพด้านล่าง** แสดงถึงรูปแบบบริการที่ผ่าน Internet จำแนกตามหมวดหมู่การระดับการให้บริการสุขภาพ



## Online counseling หมายถึงอะไร

Online counseling มักครอบคลุมวิธีการให้การปรึกษาผ่านอิเล็กทรอนิกส์ มีคำที่ใช้กันหลายคำ เช่น Cyber counseling, Web based counseling, Online support, Web Therapy, Chat Counseling, e-counseling, e-therapy etc. American National Board of Certified (ANC) ให้ความหมายไว้ว่า

“Technology assisted distance counseling for individual couples and groups involves the use of the telephone or the computer to enable counselor and client to communicate as a distance when circumstances make this approach necessary or convenient”.

สรุปรวมว่า เป็นการให้การปรึกษาแบบใดก็ตามที่ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้บำบัด ใช้อุปกรณ์ผ่านการเชื่อมอินเทอร์เน็ต เพื่อให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ใช้บริการ

### ข้อดี ของการให้การปรึกษาออนไลน์

1. ยืดหยุ่นสำหรับคนที่มีเวลาจำกัด เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา
2. เชื้อประโยชน์ต่อคนที่ยังไม่พร้อมที่จะรับบริการการปรึกษาแบบเผชิญหน้า หรือผู้ที่เดินทางลำบากเช่นผู้พิการ ผู้มีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพ เป็นต้น
3. สำหรับคนที่มีปัญหาการสื่อสารด้วยคำพูด แต่สะดวกใจในการเขียน
4. ข้อความที่ได้รับจากการปรึกษา สามารถนำมาทบทวนใหม่ได้
5. หากมีแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตสามารถใช้ได้ทันที ผ่านอินเทอร์เน็ต
6. เข้าถึงปัญหาได้เร็ว

### ข้อด้อย ของการให้การปรึกษาออนไลน์

1. สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกได้ยาก เพราะไม่เห็นภาษาท่าทางใดๆ
2. อาจมีปัญหาเรื่องการตีความภาษาเขียนผิด
3. ภาษาเขียนอาจไม่ถึงทักษะการให้การปรึกษาที่ Counselor ต้องการ
4. ปัญหาด้านจริยธรรมและกฎหมาย เช่น การเผยแพร่ข้อมูล
5. การให้การปรึกษาใน crisis, serious case เช่น suicide, abuse
6. การวินิจฉัยโรค

## ความรับผิดชอบของ Counselor ที่มีต่อผู้ใช้บริการ

1. เรียนรู้วิธีการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์และอินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัย
2. ผู้ให้บริการหรือผู้บำบัดต้องแนะนำคุณสมบัติของตนเอง เป็นใคร จบอะไร ทำอะไร
3. สัตย์ซื่อ จริงใจ ต่อกระบวนการให้การปรึกษาออนไลน์
4. เตรียมวิธีการช่วยเหลือกรณีเหตุฉุกเฉิน
5. รักษาความลับข้อมูลของผู้ใช้บริการได้ จะส่งต่อผู้อื่นกรณีเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการเท่านั้น

## ปัจจัยที่มีผลต่อการให้การปรึกษาออนไลน์

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ขอรับการปรึกษา (Client variables) กระบวนการให้การปรึกษาทั่วไป ตัวแปรที่สำคัญขึ้นอยู่กับตัวผู้ใช้บริการเองว่ามีจุดแข็งอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นจุดแข็งที่ตนเองมีเช่น ความสามารถทางสติปัญญา หรือจุดแข็งภายนอก เช่น การมีแหล่งหรือคนคอยช่วยเหลือ (Social support) แต่ในการให้การปรึกษาออนไลน์มักจะเน้นไปที่ทัศนคติของการแสวงหาการช่วยเหลือมากกว่า ดังนั้นตัวแปรด้านสภาพปัญหา เพศ จำนวนครั้งการพูดคุย การร้องขอการช่วยเหลือแบบอื่นๆ เช่น พบแพทย์ การบำบัดแบบเผชิญหน้า จึงเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการให้การปรึกษาออนไลน์มากกว่าตัวแปรด้าน social support

2. สัมพันธภาพเชิงบำบัดหรือให้การปรึกษา (Therapeutic relationship) มีปัจจัยอยู่ 3 ประการคือ ความรู้สึกดีต่อผู้บำบัด (Bond) กิจกรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการ (Tasks) และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal) จะทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับการปรึกษา

3. ความเชื่อต่อผลความสำเร็จของผู้ใช้บริการปรึกษาและผู้ให้บริการต่อการรักษา (Placebo) ความหวังและความคาดหวัง (Hope and Expectation) เป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ เพราะความหวัง (Hope) สัมพันธ์กับแรงจูงใจที่จะทำเป้าหมายให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวัง (Expectation) เป็นความคิดที่ผู้ใช้บริการคาดว่าจะได้รับจากกระบวนการให้การปรึกษาออนไลน์ และเป็นปัจจัยสำคัญต่อทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการปรึกษา เป็นปัจจัยที่จะทำให้การปรึกษาออนไลน์สำเร็จ

4. กระบวนการและเทคนิคที่ใช้ สามารถใช้กระบวนการเทคนิคทักษะแนวคิดได้หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น CBT, ACT, Mindfulness อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ของการให้การปรึกษาออนไลน์จะใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้กำลังใจ (supportive model) มากกว่า



## ขั้นตอนการให้การปรึกษาออนไลน์

ในประเทศออสเตรเลีย มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 53 การให้การปรึกษาออนไลน์ โดยเฉพาะ Chat Counseling มีขั้นตอนอยู่ 5 ขั้นตอนคือ 1. Orientation 2. Problem clarification 3. Goal exploration 4. Action planning และ 5. Termination และเวลาส่วนใหญ่ใช้ไปกับการค้นหาปัญหาและใช้น้อยมากในขั้นตอนของการพิจารณาเป้าหมาย

### ตารางสรุปขั้นตอนการให้การปรึกษาออนไลน์

ลำดับ	ขั้นตอน	กิจกรรมในขั้นตอน
1. แนะนำบริการและตนเอง (Online orientation)	- แนะนำบริการ	-แนะนำบริการและรูปแบบการช่วยเหลือ บทบาทของผู้ให้การปรึกษา
	-ทำแบบรายงานข้อตกลง	-ให้ทำแบบยินยอม ข้อตกลงหรือแบบคัดกรอง
2. ทำความเข้าใจปัญหา (Problem clarification)	-สำรวจผลการประเมิน	-ผู้ให้การปรึกษาทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการปรึกษาตามที่ปรากฏในรูปแบบประเมิน
	-ให้เล่าถึงเรื่องราวหรือสภาพปัญหาที่ต้องการปรึกษา	-ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้ใช้บริการปรึกษาเล่าขยายปัญหาในประเด็นสำคัญ
3. การสำรวจเป้าหมาย (Goal exploration)	-พัฒนาความเชื่อ ความหวังต่อกระบวนการให้การปรึกษา	-ผู้ให้การปรึกษาเพิ่มหรือทำให้ผู้ใช้บริการปรึกษาดำเนินการจัดการความคาดหวังให้เหมาะสม ใช้จุดแข็งทั้งของผู้ใช้บริการและของกระบวนการการให้การปรึกษา
	-พัฒนาTreatment Goals	-ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้ใช้บริการปรึกษาพัฒนาเป้าหมายในการปรึกษาให้ชัดเจนขึ้น
4. วางแผนการปฏิบัติ (Action Planning)	-กำหนดเป้าหมายร่วมกัน	-ผู้ใช้บริการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาร่วมกันกำหนดประเด็นเป้าหมายที่จะจัดการ
	-กำหนดกลยุทธ์	-ผู้ให้การปรึกษากำหนดวิธีการที่จะช่วยผู้ใช้บริการในรูปแบบต่างๆ เช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมที่จะทำได้ด้วยตนเอง การ support จิตใจ และวิธีการช่วยเหลือสนับสนุนอื่นๆ

ลำดับ	ขั้นตอน	กิจกรรมในขั้นตอน
	-เลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด	-ร่วมกันเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมตามสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่
	-วางแผนและให้การบ้าน	-ร่วมกันทบทวนแผน กิจกรรมที่ทำต่อและเลือกดำเนินการ
5. ปิด (Termination)	ทบทวน และ สรุป	ผู้ให้การปรึกษาสรุป ตรวจสอบความเข้าใจ ขอสะท้อนกลับ และพูดถึงกิจกรรมครั้งต่อไป และนัดหมายวันเวลา online

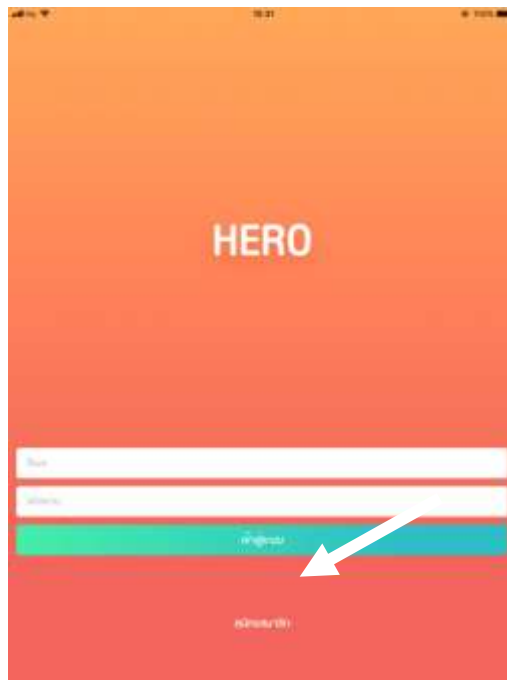
### ตัวอย่างประโยคถูกใจและโดนใจ

ประโยคถูกใจ	ประโยคโดนใจ
<ul style="list-style-type: none"> <li>-ตอนนี้คุณแม่รู้สึกอย่างไรกับปัญหานี้บ้างคะ</li> <li>-ที่ผ่านมามommyทำอะไรไปบ้าง/จัดการอย่างไรบ้างคะ</li> <li>-ปัญหาไหนที่mommyคิดว่าส่งผลกระทบต่อตัวเองมากที่สุดคะ</li> <li>-ลูกมีพฤติกรรมอย่างนี้นานแค่ไหนแล้วคะ</li> <li>-พฤติกรรมที่บ้านกับที่โรงเรียนเหมือนกันไหมคะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อะไรที่ทำให้ลูกเป็นเด็กเกเร</li> <li>-แสดงว่าอยู่ที่บ้านก็ดีอ ไม่มีวินัย ถูกไหม</li> <li>-ถ้าคิดแบบนี้ก็ช่วยอะไรไม่ได้</li> </ul>

จากสภาพสังคมที่เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทต่อการใช้ชีวิตประชาชน เช่น ปัจจุบัน การให้การปรึกษาออนไลน์อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในงานสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาให้การปรึกษาออนไลน์มีประสิทธิภาพในการเยียวยา ต้องมีการพัฒนาทั้งระบบ พัฒนาผู้ให้การปรึกษา การจัดการเรื่องค่าตอบแทนและค่าใช้จ่าย รวมถึงอื่นๆ ปัจจุบันมีการให้การปรึกษาแบบ Telephone counseling อยู่แล้ว น่าจะเป็นต้นทุนในการให้การปรึกษาออนไลน์ลักษณะอื่นๆ เช่น Chat Counseling เป็นต้น

## การใช้ Hero Application

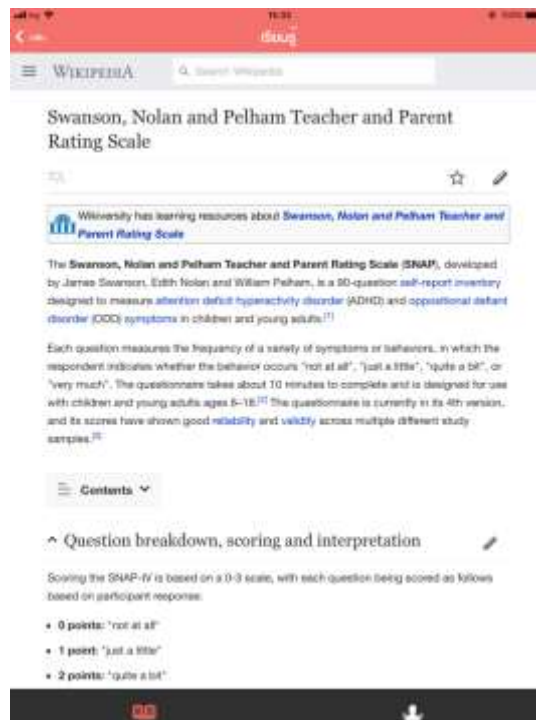
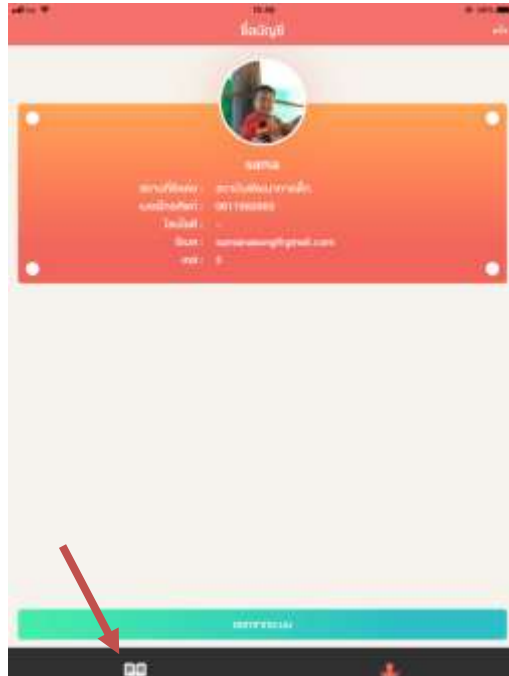
1. ดาวน์โหลดโปรแกรม Hero Application ได้ทั้งจาก App store และ Play store
2. Click ปุ่มสมัครสมาชิก



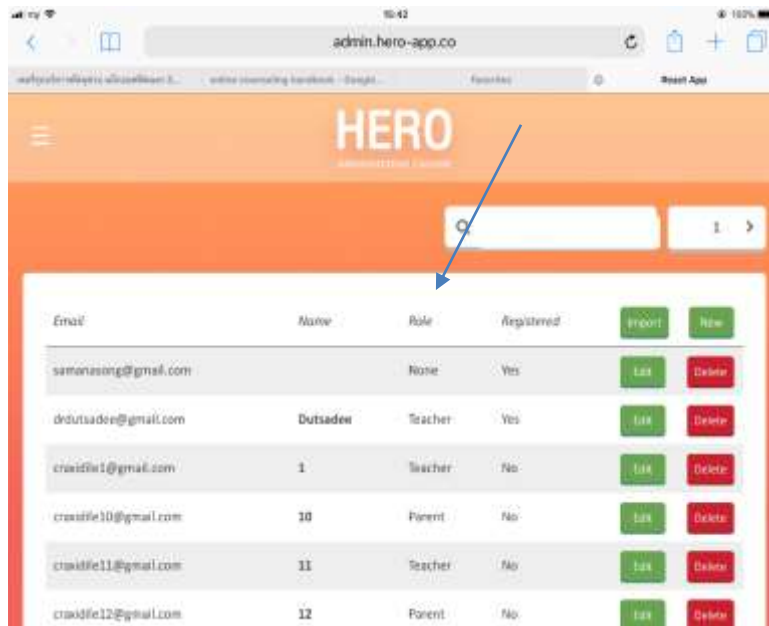
3. ป้อนชื่อสมาชิก สามารถถ่ายรูปได้ แล้วกด “เสร็จสิ้น”



3. เมื่อมี Username และ Password แล้ว สามารถเข้าสู่เนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กได้ที่ปุ่มเรียนรู้ โดยคลิกที่รูปหนังสือ



4. หลังจากที่ท่านได้รับการอนุมัติให้ใช้โปรแกรมตามบทบาทแล้ว ท่านจึงสามารถ Login เข้ามาใช้แบบประเมินต่างๆ สำหรับเด็กวัยเรียนได้ โดยมีแบบประเมิน 3 แบบได้แก่ SNAP IV, SDQ, EQ



5. เมื่อเลือกแบบประเมินแล้วสามารถป้อนข้อมูลได้เลย



6. ผลแบบประเมินจะแสดงเป็นคะแนนและกราฟ



7. Hero App มีระบบการให้การปรึกษา online ด้วย โดย Click ที่ขอการปรึกษาแล้วทำการเลือกผู้ให้การปรึกษา จึงจะสามารถ Chat ได้



## 14. ภาคผนวก

### 14.1 คำถามแบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังเข้าอบรม

คำชี้แจง: เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

#### ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ยุ่ยากซับซ้อน

##### 1. ข้อใดถูกต้อง

- ก. ยาเพิ่มสมาธิ methylphenidate จะเริ่มออกฤทธิ์และอยู่ได้นาน 2-4 สัปดาห์
- ข. นอนไม่หลับเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยเมื่อใช้ยา risperidone
- ค. ยา amitriptyline เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า
- ง. การใช้ยาไม่ใช้การรักษาหลักของโรคออทิสติก

##### 2. ข้อใดไม่ใช่โรคที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเกรี้ยวในวัยรุ่น

- ก. โรคสมาธิสั้น
- ข. โรคติดต่อต้าน
- ค. ออทิสติก
- ง. โรคซึมเศร้า

##### 3. หลักการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นข้อใดไม่ถูกต้อง

- ก. กำหนดกติกาให้ชัดเจนเพื่อให้เด็กไม่สับสนและปฏิบัติตามได้ง่าย
- ข. หากเด็กได้รับยาเพิ่มสมาธิแล้ว ไม่จำเป็นต้องปรับพฤติกรรมร่วมด้วยก็ได้
- ค. ควรลดสิ่งกระตุ้นเพื่อช่วยไม่ให้เด็กวอกแวกง่าย
- ง. ควรเสริมแรง/ให้รางวัลหากเด็กมีพฤติกรรมที่ดี

##### 4. ข้อใดเป็นโรคร่วมของโรคสมาธิสั้นที่พบบ่อยที่สุด

- ก. โรคติดต่อต้าน
- ข. โรคซึมเศร้า
- ค. โรควิตกกังวล
- ง. ออทิสติก

##### 5. อาการใดที่ไม่ควรพบในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

- ก. พุดไม่ชัด
- ข. นอนไม่หลับ
- ค. หงุดหงิดง่าย
- ง. พฤติกรรมก้าวร้าว

#### การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

##### 6. การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน ข้อใดกล่าวถูกต้อง

- ก. เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการให้การปรึกษา
- ข. ปัญหาที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด
- ค. วิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำสู่การเชื่อมโยงปัจจัยทั้งหมดที่มีผลต่อการเกิดปัญหา
- ง. ถูกทุกข้อ



## 7. การคิดวิเคราะห์ 4P ประกอบด้วยอะไรบ้าง

- ก. ปัจจัยเปราะบาง (Predisposing factor), ปัจจัยกระตุ้น(Perpetuating factor), ปัจจัยซ้ำเติม (Perpetuating factor) , ปัจจัยปกป้อง(Protective factor)
- ข. ปัจจัยเปราะบาง(Predisposing factor), ปัจจัยกระตุ้น(Precipitating factor), ปัจจัยซ้ำเติม (Perpetuating factor), ปัจจัยปกป้อง(Protective factor)
- ค. ปัจจัยเปราะบาง(Predisposing factor), ปัจจัยกระตุ้น(Perpetuating factor), ปัจจัยซ้ำเติม (Precipitating factor),ปัจจัยปกป้อง(Protective factor)
- ง. ปัจจัยเปราะบาง(Precipitating factor), ปัจจัยกระตุ้น(Precipitating factor), ปัจจัยซ้ำเติม (Predisposing factor), ปัจจัยปกป้อง(Protective factor)

## 8. การคิดวิเคราะห์ 4P ข้อใดกล่าวถูกต้อง

- ก. ปัจจัยเปราะบาง คือ ปัจจัยที่เกิดก่อนมีปัญหา เช่น พันธุกรรม การเลี้ยงดู
- ข. ปัจจัยกระตุ้น คือ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหา เช่น ถูกตำหนิ/ลงโทษรุนแรง
- ค. ปัจจัยซ้ำเติม คือ ปัจจัยที่ทำให้ปัญหามีความรุนแรงมาก เช่น ชุมชนไม่เข้าใจ ขาดยา
- ง. ถูกทุกข้อ

## 9. ข้อใดเป็นวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ปัจจัยปกป้อง (Protective factor)

- ก. เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก
- ข. เพื่อหาสาเหตุการเกิดปัญหา
- ค. เพื่อทราบว่าเด็กมาถึงจุดของการเกิดปัญหาได้อย่างไร
- ง. เพื่อวางแผนการรักษาจากปัจจัยด้านบวกที่ผู้ปวยมี

## 10. ข้อใดกล่าวถูกต้องในการตั้งคำถามเพื่อทำให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

- ก. การตั้งคำถามถึงประวัติเกี่ยวกับโรงเรียนและการเรียนของเด็กทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์หาปัจจัยปกป้องเด็กได้
- ข. ไม่ควรตั้งคำถามถึงลักษณะที่อยู่ของเด็กและความสัมพันธ์ เช่น ใครเป็นคนดูแลเด็ก เด็กนอนกับใครจะทำให้พ่อแม่เด็กไม่พอใจ
- ค. การตั้งคำถามให้มากที่สุดจะทำให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์ได้อย่างเพียงพอ
- ง. ไม่มีข้อถูก

### การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเพื่อสร้างวินัยในตัวเอง

11. ครูเอ ผ่านการอบรมโครงการ HERO หลังจากนั้นยังใช้วิธีการลงโทษกับเด็กที่มีพฤติกรรมปัญหาแบบเดิมเพราะคิดว่าวิธีการใหม่ใช้ไม่ได้ผล แสดงว่าครูเอ อยู่ในขั้นตอนไหนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- ก. Pre contemplation                      ข. Contemplation  
ค. Preparation                              ง. Action

12. ด.ช.บี ได้รับการปรับพฤติกรรมจากครูที่ปรึกษา ในระยะแรกมีพฤติกรรมดีขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ ได้ 1 เดือน หลังจากนั้นก็กลับมามีปัญหาพฤติกรรมเหมือนเดิมอีก ด.ช.บี อยู่ในระยะไหนของการเปลี่ยนแปลง

- ก. Relapse                      ข. Contemplation                      ค. Preparation                      ง. Action

13. ระยะใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่มักประสบปัญหาและทำให้การเปลี่ยนแปลงทำได้ยาก

- ก. Contemplation                      ข. Maintenance                      ค. Preparation                      ง. Action

14. เมื่อเกิดแรงต้านของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Resistance) ไม่ควรทำอย่างไร

- ก. หลีกเลี่ยงการโต้เถียง                      ข. ถ้ามปลายเปิด  
ค. ชวนมองถึงเป้าหมาย                      ง. อธิบายถึงผลกระทบถ้ายังทำพฤติกรรมนั้นอยู่

15. ในระยะลังเลใจ (Contemplation) ควรใช้เทคนิคใดการช่วยให้ดำเนินต่อไป

- ก. Pros and Cons                      ข. menu                      ค. Affirmation                      ง. Feedback and information

### Online counseling

16. ข้อใดไม่ถูกต้อง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. ประเทศไทยยังไม่มีบริการให้การปรึกษาออนไลน์  
ข. ส่วนใหญ่ผู้หญิงมักใช้บริการการปรึกษาออนไลน์มากกว่าผู้ชาย  
ค. การให้การปรึกษาออนไลน์เหมาะสำหรับผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ  
ง. การให้การปรึกษาออนไลน์ไม่สามารถเก็บเงินค่าบริการได้

17. ข้อใดเป็นเหตุผลที่ต้องจัดบริการการปรึกษาออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. งานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเกือบทุกประเทศให้บริการด้านนี้  
ข. เริ่มมีธุรกิจด้านนี้มากขึ้นในประเทศและต่างประเทศ  
ค. ประชาชนแสวงหาคำตอบด้านสุขภาพผ่าน Internet มากขึ้น  
ง. ประเทศไทยมีผู้ให้การปรึกษาจำนวนมาก

18. ข้อใดเป็นปัจจัยของความสำเร็จในการให้การปรึกษาออนไลน์มากที่สุด

- ก. Client Variable
- ข. Therapeutic relationship
- ค. Placebo; hope and expectation
- ง. Process and Skill

19. ข้อใดเป็นประโยชน์ของการให้การปรึกษาออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1)

- ก. เหมาะสำหรับคนพิการที่ไม่สะดวกในการเดินทาง
- ข. สะดวกสบายในการใช้บริการเพราะไม่มีปัญหาเรื่องเวลาให้บริการ
- ค. สามารถนำข้อความหรือประโยคที่ปรึกษามาทบทวนได้
- ง. เป็นช่องทางในการนำเข้าสู่บริการรักษาด้านจิตเวชอื่นๆ

20. ทักษะที่จำเป็นสำหรับการให้การปรึกษาออนไลน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ก. การใช้ Application การใช้ Internet
- ข. ทักษะการให้การปรึกษาเบื้องต้น
- ค. ความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาหรือบำบัดชั้นสูง
- ง. ถูกทุกข้อ

## 14.2 คำถามแบบทดสอบทักษะ ก่อนและหลังเข้าอบรม

### คำถามที่ 1

- เด็กชายต้อม อายุ 9 ปี เรียนชั้น ป.3 ในโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่ของท่าน คุณครูคัดกรองพบมี ปัญหาการเรียน และครูเข้าอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนแล้ว หลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน ครูส่งคำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน
- ครู : “ขอปรึกษาค่ะ ครูปรับพฤติกรรมแล้ว แต่เด็กยังชอบแกล้งเพื่อน กวนเพื่อนเวลาครูสอน ครูบอกไปหลายครั้งแล้ว ชมก็แล้ว ก็ยังไม่ดีขึ้นค่ะ”
- ในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ท่านจะสัมภาษณ์ประวัติหรือค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

### คำถามที่ 2

ควรประเมินในเรื่องใดเพิ่มเติม

### คำถามที่ 3

- ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม
- ท่านจะแนะนำและสร้างแรงจูงใจให้ครูปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อมอย่างไร

### 14.3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม

แบบประเมินความเหมาะสม ความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ในการอบรม

หลักสูตร HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความ

1. เพศ  หญิง  ชาย

2. อายุ  ต่ำกว่า 20 ปี  21-30 ปี  31-40 ปี  41-50 ปี  51-60 ปี

3. การศึกษา  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  อื่นๆ ระบุ.....

4. ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาลวิชาชีพ  นักจิตวิทยา  
 นักวิชาการสาธารณสุข  เจ้าพนักงานสาธารณสุข  นักกิจกรรมบำบัด  
 อื่นๆ (ระบุ).....

5. สังกัด  ในกรมสุขภาพจิต  นอกกรมสุขภาพจิต

#### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมเกี่ยวกับหลักสูตร

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
<b>ปัญหาและความสำคัญของหลักสูตร</b>					
1. มีความสมเหตุสมผล					
2. สอดคล้องกับสภาพจริง					
3. มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนา					
<b>หลักการของหลักสูตร</b>					
1. ความเป็นไปได้					
2. นำไปใช้ได้จริง					
3. แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน					
<b>เป้าหมายของหลักสูตร</b>					
1. มีความชัดเจน					

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
2. ครอบคลุม					
3. มีความเป็นไปได้					
4. มีประโยชน์					
5. เหมาะกับผู้เข้ารับการอบรม					
<b>เนื้อหาของหลักสูตร</b>					
1. ครอบคลุมสาระที่ต้องการ					
2. กระชับได้สาระที่จำเป็น					
3. เหมาะกับผู้รับการอบรม					
<b>กิจกรรมของการฝึกอบรม</b>					
1. มีความเป็นไปได้					
2. เรียงตามลำดับขั้นตอน					
3. เหมาะสมกับระยะเวลา					
4. เหมาะกับผู้เข้ารับการอบรม					
<b>สื่อประกอบการอบรม</b>					
1. สนับสนุนให้บรรลุจุดประสงค์					
2. เหมาะกับการนำไปใช้					
3. เหมาะกับผู้เข้ารับการอบรม					

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ของท่านมากที่สุด

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
<b>ความพึงพอใจด้านวิทยากร</b>					
1. การเตรียมตัวและความพร้อมของวิทยากร					
2. การถ่ายทอดของวิทยากร					
3. สามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนและตรงประเด็น					

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย					
5. การตอบคำถามของวิทยากร					
6. เอกสารประกอบการบรรยายเหมาะสม					
<b>ความพึงพอใจด้านสถานที่ / ระยะเวลา</b>					
1. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม					
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์					
3. ระยะเวลาในการอบรม / สัมมนา มีความเหมาะสม					
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ</b>					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ก่อนการอบรม					
2. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้หลังการอบรม					
3. สามารถบอกประโยชน์ ได้					
4. สามารถอธิบายรายละเอียดได้					
5. สามารถจัดระบบความคิด/ประมวลความคิดสู่การพัฒนางานอย่างเป็นระบบ					
<b>ด้านการนำความรู้ไปใช้</b>					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้					
2. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ / ถ่ายทอดแก่ชุมชนได้					
3. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้					
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

(ขอบคุณสำหรับความคิดเห็นเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป)

#### 14.4 แบบสอบถามติดตามเพื่อประเมินผลหลังการอบรม

##### แบบสอบถามติดตามเพื่อประเมินผลหลังการอบรม

##### หลักสูตร HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

##### คำชี้แจง

ตามที่ท่านได้เข้ารับการฝึกอบรม HERO Consultant สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ทางผู้จัดการอบรมมีความประสงค์ขอติดตามผลการนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ เพื่อเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาและปรับปรุงการจัดหลักสูตรต่อไป

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความ

1. เพศ  หญิง  ชาย

2. อายุ  ต่ำกว่า 20 ปี  21-30 ปี  31-40 ปี  41-50 ปี  51-60 ปี

3. การศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท  อื่นๆ ระบุ.....

4. ตำแหน่ง  แพทย์  พยาบาลวิชาชีพ  นักจิตวิทยา  
 นักวิชาการสาธารณสุข  เจ้าพนักงานสาธารณสุข  นักกิจกรรมบำบัด  
 อื่นๆ (ระบุ).....

5. สังกัด  ในกรมสุขภาพจิต  นอกกรมสุขภาพจิต

##### ส่วนที่ 2 การประเมิน การนำผลการฝึกอบรมไปใช้

ประเด็น	ระดับประโยชน์/การนำไปใช้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ เหมาะสม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้					
2. เนื้อหาความรู้เข้าใจง่าย ทันยุคสมัย					
3. หลักสูตรสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้					
4. นำความรู้ที่ได้จากหลักสูตรไปแก้ปัญหาหรือข้อติดขัดในกระบวนการปฏิบัติงาน					
5. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานทำให้มีทักษะการทำงานเพิ่มขึ้น					
6. หลักสูตรนี้สามารถเป็นแหล่งอ้างอิงความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน					



ประเด็น	ระดับประโยชน์/การนำไปใช้				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
7. สามารถเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ดีขึ้น					
8. สามารถให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาหากมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องที่อบรม ในหลักสูตรได้					
9. นำผลเนื้อหาความรู้จากหลักสูตรไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานจริง					
10. ประโยชน์และการนำไปใช้ของหลักสูตร <b>โดยรวม</b>					

**ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกอบรม

1. ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ได้  ไม่ได้ เพราะ.....

2. หลังจากเข้ารับการฝึกอบรม ความรู้ที่ได้รับสามารถช่วยทำให้ท่านปฏิบัติงานดีขึ้นหรือไม่

ได้  ไม่ได้ เพราะ.....

3. โปรดยกตัวอย่าง งาน/โครงการที่ได้นำความรู้ไปถ่ายทอด หรือนำไปใช้และผลที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ผลที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน หลังจากนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ขอบคุณสำหรับความคิดเห็นเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป)

## 15. ประวัติวิทยากร

### 15.1 วิทยากรท่านที่ 1

ชื่อ : แพทย์หญิงดุขฎิ จิ่งศิริกุลวิทย์

ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ

สถานที่ทำงาน : สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

#### การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2547
- ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขา จิตเวชศาสตร์ พ.ศ. 2548
- วุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551
- MSc Child and Adolescent Mental Health (Merit), Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom 2012
- อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

#### ประสบการณ์การทำงาน

- ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ตุลาคม 2559 – ปัจจุบัน
- ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559
- ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558
- ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 มิถุนายน – กันยายน 2557
- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พ.ศ. 2553 – 2557
- รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พ.ศ. 2556 – 2557
- กองบรรณาธิการส่วนภูมิภาค วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน
- รองผู้จัดการแผนงานนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตุลาคม 2559 – ปัจจุบัน
- หัวหน้าโครงการการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2556 – 2559
- อาจารย์พิเศษ ศูนย์แพทย์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมาสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2552 – 2557
- อาจารย์พิเศษ ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2557 – ปัจจุบัน

## ผลงานวิชาการ

Juengdiragulwit D, Thongthammarat Y, Praneetpolgrung P, et al. The efficacy of group mindfulness – based cognitive therapy in prevention of youth depression: randomized controlled trial. (Manuscript in process)

Chumpudsa P, Juengdiragulwit D, Praneetpolgrung P, Thongthammarat Y. Prevalence of anxiety and depression in adolescence and early adulthood in public health region 9. (Manuscript in process)

Juengsiragulwit D, Thongthammarat Y, Praneetpolgrung P, et al. The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study. Journal of Mental Health of Thailand. 2015;23(3):143–153.

Juengsiragulwit D. Opportunities and obstacles in child and adolescent mental health services in low- and middle- income countries: a review of the literature. WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2015;4(2):1–13.

Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, et al. ADHD screening properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). J Psychiatry Assoc Thailand. 2014;59(2):97–110.

Juengsiragulwit D. Irritability in depressed children and adolescents: a pilot study. MSc Dissertation. Department of Child and Adolescent Psychiatry. Institute of Psychiatry. King's College London. United Kingdom. 2012.

Juengsiragulwit D, Praneetpolgrung P, Prasartthai C, et al. Initial appointment nonattendance in new child and adolescent psychiatric patients. Journal of Mental Health of Thailand. 2012; 20(3): 133–143.

Juengsiragulwit D, Pityaratstian N, Nimnuan C. The efficacy of brief group cognitive behavioural therapy in children with ADHD. J Psychiatry Assoc Thailand 2012; 57(1): 19–28.

Juengsiragulwit D, Reungdesh S. Validity of the Thai version of SNAP-IV for diagnosis of ADHD and ODD in children in 14th public health region. Journal of Nakhonratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. 2009;9(2):11–19.

## 15.2 วิทยากรท่านที่ 2

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล			
1. ชื่อ –สกุล นายรณสิงห์ รือเรือง			
2. ตำแหน่ง..นักจิตวิทยาคลินิก ชำนาญการพิเศษ (ด้าน.....วิชาการ..... ..) หน่วยงาน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สังกัด กรมสุขภาพจิต			
3 ประวัติส่วนตัว เกิดวันที่ 17 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2514			
4. อายุราชการ 22 ปี 6 เดือน			
5. ประวัติการศึกษา			
คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน	
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต จิตวิทยาคลินิก	2537	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
- บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต	2550	มหาวิทยาลัยแม่โจ้	
- ใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก เลขที่ จ.ค.117	2548	กองประกอบโรคศิลปะ	
6. ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้านจิตวิทยาคลินิก พัฒนาการเด็กและการให้คำปรึกษาครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ติดเกม ดื้อต่อต้าน ก้าวร้าว ปัญหาการเรียนฯ</li> <li>- การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ด้วยละคร ศิลปะ</li> <li>- การเลี้ยงลูกให้ได้เรื่องราว (Parents Training)</li> <li>- Executive Functions</li> <li>- การพัฒนาทักษะเด็กด้วย Daily Living Skills</li> </ul>			
7. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน			
ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
2549	8 วัน	Mental Health and Psychiatric services	Xi-an, Shaanxi China.
2555	4 สัปดาห์	Creative Drama	Drama therapy Institute of Los Angeles, California USA.
2555	3 วัน	Music in psychodrama and group therapy processes	มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี
2555	4 สัปดาห์	Creative Drama	Drama therapy Institute of Los Angeles, California USA.

2555	3 วัน	Theater artists for people with disabilities	Interact Center, Minneapolis, Minnesota USA
2557	3 วัน	หลักสูตรวิทยากรโปรแกรม การพัฒนาจิตตปัญญา	กรมสุขภาพจิต

### 15.3 วิทยากรท่านที่ 3

<b>ข้อมูลส่วนบุคคล</b>			
1. ชื่อ –สกุล นายสมนึก อนันตวรรังค์			
2. ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ (ด้านสังคมสงเคราะห์จิตเวช) หน่วยงาน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สังกัด กรมสุขภาพจิต			
3 ประวัติส่วนตัว			
เกิดวันที่ ...17.....เดือน...มกราคม .....พ.ศ.....2560.....			
อายุราชการ...19.....ปี.....7.....เดือน			
5. ประวัติการศึกษา			
คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน	
-ปริญญาบัตรตรี พุทธศาสตร์บัณฑิต (พธบ.)	2538	มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย	
ปริญญาโท สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต	2440	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
6. ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง			
การให้การปรึกษาและบำบัดปัญหาสุขภาพจิต สติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น			
7. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน			
ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
9.ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (วิทยากรงานประชุม/อบรม/หลักสูตร หรืออื่นๆ)			
9.1 เป็นอาจารย์พิเศษ ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดลำพูน ในวิชา “สังคมสงเคราะห์ในพระพุทธศาสนา” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2550			
9.2 เป็นอาจารย์พิเศษบรรยายวิชา ทฤษฎีและการให้การปรึกษา, จิตบำบัดแนวพุทธ, สติบำบัด แก่นักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่			
9.3 อบรมสังคมสงเคราะห์จิตเวช			

9.4 วิทยากร Workshop เรื่อง การรักษาเด็กสมาธิสั้นด้วยสติบำบัด ที่ประชุมวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวชครั้งที่ 13 วันที่ 8-10 มิถุนายน 2559

9.5 วิทยากร Workshop เรื่อง สติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น ประชุมวิชาการจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ครั้งที่ 21 วันที่ 6 – 8 กุมภาพันธ์ 2560

#### 10. ผลงานวิชาการ

10.1 เป็นผู้วิจัยร่วม โครงการ “การประเมินโครงการนาร่อง ค้นหาและให้การช่วยเหลือเด็กบกพร่องทางสติปัญญาและเด็กออทิสติก ในเขตบริการโรงเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดลำพูน ปี พ.ศ. 2537 –2540

10.2 เป็นผู้วิจัยภาคสนามโครงการ “การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน ปี พ.ศ. 2544

10.3 เป็นผู้วิจัยเรื่อง “ภาวะจิตใจของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ. ๒๕๔๙

10.4 ร่วมพัฒนาหลักสูตร ทักษะชีวิต ให้แก่สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน

10.5 ผู้วิจัยและผู้พัฒนาหลักสูตร Mindfulness Therapy for Children with ADHD

## 16. บรรณานุกรม

1. Kieling C, Baker–Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515–25.
2. Webster–Stratton C, Reid MJ, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high–risk schools. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 471–;488.
3. Special Education Center Region 8. Special Education Database Online; 2016.
4. Kieling C, Baker–Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. 2011. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378, 1515–25.
5. Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R. The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13–17 year. *Journal of Mental Health of Thailand* 2016;24(3):141–153.
6. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66–75.
7. Rajanukul Institute. Thailand national survey for intelligent quotient in school–aged children. 2016
8. Yuwaprasart Waithayopatum Hospital. Thailand national survey for ASD: Preliminary report. 2017.
9. Limsuwan N. History taking and mental status examination in children and adolescents, Bangkok, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine. Ramathibodi Hospital. 2012.
10. Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942–948.
11. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington DC. 2013.
12. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2009; 50, 216–23.

13. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *J Abnorm Psychol* 2010 Nov; 119(4):726–738.
14. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 Dec; 39:12, 1468–1484.
15. Burke JD, Loeber R, Birhamer B. Oppositional defiant and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Nov; 41:11, 1275–1293.
16. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH (2002), Psychopharmacology and aggression: I. A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:253–261.
17. March J, Silva S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry* 2009; 166, 1141–9.