



การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10



แพทย์หญิงนันทยา จีระทรัพย์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10

มุกดาหาร โสธร เจริญราชนานี้

5 จังหวัด 70 อำเภอ

ประชากร ทั้งหมด 4,583,105 คน
เด็ก 2-5 ปี 176,197 คน
เด็ก 6-15 ปี 542,445 คน



เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ผู้ป่วยจิตเวช
เครือข่ายจิตเวชเด็กฯ

งบประมาณสนับสนุน จากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10
(ประมาณ 260,000 บาท) ในการ
พัฒนาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กฯ
เพื่อให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น และ
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เลือกเครือข่ายนำร่อง จากการประชุมกันระหว่าง
รพ.พระศรีฯ กับ สสจ.ทั้ง 4 จังหวัด (ทำคู่ขนานกับ
เครือข่ายจิตเวชทั่วไป)
ร่วมกับ รพ.ที่ถูกเลือก มีความสนใจด้วย
ได้ 3 รพ. มาเป็นลูกข่าย ได้แก่
รพ.ยโสธร (รพท. ขนาดใหญ่)
รพ.อำนาจเจริญ (รพท. ขนาดเล็ก)
รพ.ภูสิงห์ (รพช.ขนาดเล็ก)

ประชุมแม่ข่าย ร่วมกับลูกข่าย ในการวางแผนทางการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ
เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช เครือข่ายจิตเวชเด็ก โดยวิเคราะห์ปัจจัย
ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีต้นแบบจากแนวทางของจิตเวชทั่วไป

ลูกข่ายต้องการพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และทักษะด้านจิตเวชเด็กฯ โดยมี
การกำหนดหัวข้อร่วมกันกับแม่ข่าย จัดอบรม สาธารณสุข ครู

เกิด “ร่างแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและ
วัยรุ่นสำหรับ รพศ., รพท., รพช., และ PCU 2554”
ร่างแนวทางการส่งต่อ

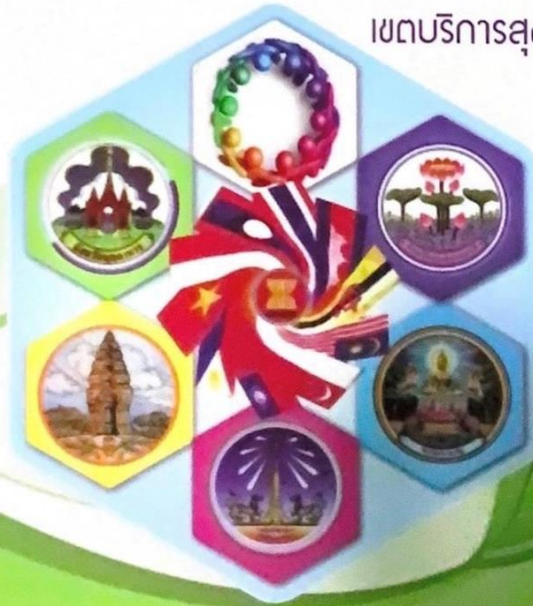


คู่มือ

การใช้เกณฑ์การรับรักษา

ผู้ป่วยจิตเวช

เขตบริการสุขภาพที่ 10



โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

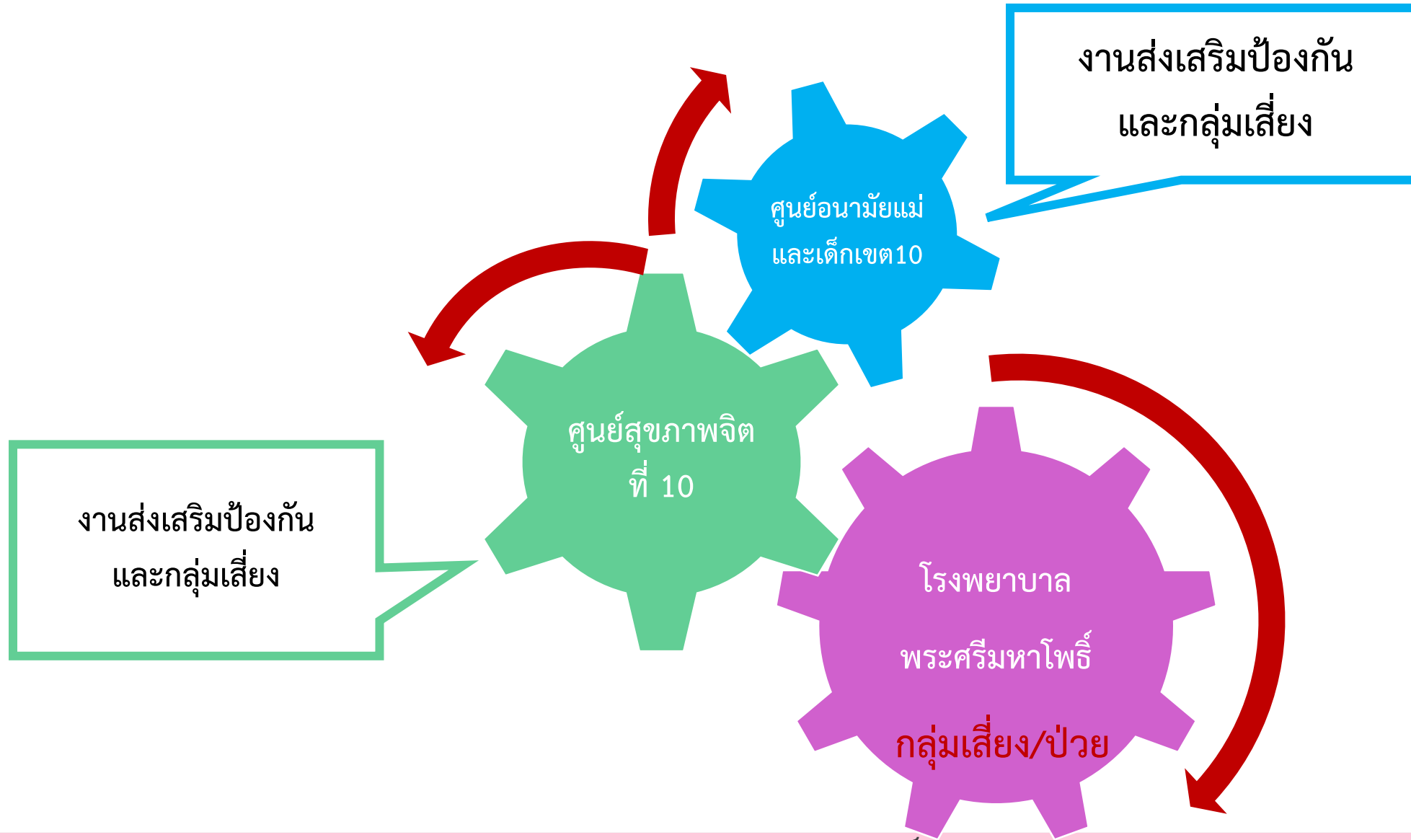
เขตสุขภาพที่ 10

เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพช.	เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพท. (ไม่มีจิตแพทย์)	เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วย ระดับ รพท. (ที่มีจิตแพทย์)/ รพศ.สปส.	เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพ.พระศรีมหาโพธิ์
1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 เด็กปกติที่มีพัฒนาการไม่สมวัย กระตุ้นด้วย DSPM 1 เดือนไม่ดีขึ้น 1.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีพัฒนาการไม่สมวัย กระตุ้นด้วย DAJM 1 เดือน ไม่ดีขึ้น 1.3 กรณีที่สงสัยออทิสติก มีผลการคัดกรอง Autistic 10 ข้อ ≥ 5	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 มีผลการแก้ไขพัฒนาการด้วยการประเมิน และแก้ไขพัฒนาการ TEDA41 (145 ข้อ) ระยะเวลา 3 เดือน ไม่ดีขึ้น 1.2 มีโรคทางกายที่เป็นสาเหตุหลัก เช่น Cerebral palsy, Epilepsy 1.3 กรณีที่สงสัยออทิสติก มีผลการคัดกรองด้วย แบบคัดกรอง PDDSQ > 13 และแพทย์ รพช. ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 มีผลการแก้ไขพัฒนาการด้วยการประเมิน และแก้ไขพัฒนาการ TEDA41 (145 ข้อ) แล้วพัฒนาการถดถอย 1.2 มี Co-morbid เช่น - Cerebral palsy (New case) - Cerebral palsy Complication Uncontrolled - Epilepsy อาการไม่คงที่ 1.3 กระตุ้นแล้วไม่ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน 1.4 เด็กที่ต้องการบำบัดพิเศษ อรรถบำบัด / อาชีวะบำบัด ต้องการใช้ยาที่ไม่มีใน รพท.	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 MR, Autism ที่มีปัญหาการก้าวร้าวรุนแรง, อารมณ์รุนแรง, severe hyperactivity เสียงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น 1.2 มีผลการประเมินและแก้ไขพัฒนาการอย่างละเอียด (DSI 643 ข้อ) แล้วไม่ดีขึ้น
2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 คือต่อต้าน 2.2 อยู่ไม่สุข 2.3 conduct problems 2.4 ใช้สารเสพติด 2.5 ก้าวร้าว 2.6 ดื้อดราม 2.7 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก หรือสงสัยอาการทางจิต	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 Psychosis (New case) ในเด็ก อายุ < 14 ปี 2.2 พฤติกรรมใช้สารเสพติด รักษาใน รพช. 1 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้น	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 ใช้สารเสพติด conduct problems ดื้อดราม โรคจิต (ODD) ก้าวร้าวทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากหรือสงสัยอาการทางจิตรักษาอาการไม่ดีขึ้น 2.2 Psychosis (New case) ในเด็ก อายุ < 14 ปี ที่ต้องการการตรวจพิเศษ แต่ไม่สามารถทำได้ในระดับ รพท.(ไม่มีจิตแพทย์) 2.3 ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ทำลายข้าวของ 2.4 พฤติกรรมต่อเนื่องรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น - คือต่อต้าน - อยู่ไม่สุข - ดื้อดราม - พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากหรือสงสัยอาการทางจิต	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 พฤติกรรมที่จิตแพทย์เด็กฯ หรือจิตแพทย์ทั่วไปและทีมสหวิชาชีพระดับ รพศ. ให้การรักษาแล้ว 2 เดือน ไม่ดีขึ้น 2.2 อาการอยู่ไม่สุขจากภาวะทางจิตเวช/ก้าวร้าว/psychosis ที่จิตแพทย์/กุมารแพทย์ เห็นควรต้อง admit ในรพท. รพ.จิตเวช และไม่มีโรคทางกายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย (หรืออาการทางกายต้อง stable)
3. ปัญหาด้านอารมณ์ - อารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ/ซึมเศร้า/แยกตัว/ครีครว้นเกินปกติ/Hyperventilation/มี Suicidal Risk/Child Abuse	3. ปัญหาด้านอารมณ์ 3.1 มี Suicidal Risk 3.2 Hyperventilation ให้การรักษาใน รพช. 1 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้น (ความถี่คงเดิม/เพิ่มขึ้น) 3.3 อารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ/ซึมเศร้า/แยกตัว/ครีครว้นเกินปกติ ที่ให้การรักษา/ให้คำปรึกษาในระบบ Psychosocial Clinic ใน รพช. แล้ว 2 เดือนไม่ดีขึ้น	3. ปัญหาด้านอารมณ์ 3.1 Hyperventilation ที่ดูแลทางสังคมจิตในรพช. รพท. (ไม่มีจิตแพทย์) แล้ว 3 เดือน ไม่ดีขึ้น 3.2 Suicide attempt 3.3 Child Abuse ที่มี Complication ทางกายรุนแรง หรือจำเป็นต้องประเมินร่างกายด้วยทีมสหวิชาชีพมากกว่า 3 สาขาวิชาชีพ 3.4 High Suicidal Risk เช่น - Poor support - มี suicide idea ตลอดเวลา - Chronic depression (> 1 ปี) 3.5 มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น sepsis, respiratory, cardiovascular unstable	3. ปัญหาอารมณ์ 3.1 Severe depression (มีผลการประเมิน CDI คะแนน > 21 กรณีอายุ < 15 ปี) 3.2 Suicide attempt with psychosis or Bipolar disorder ที่อาการทางกาย stable แล้ว 3.3 อาการที่จิตแพทย์/กุมารแพทย์ เห็นควรต้อง admit ในรพท. รพ.จิตเวช และไม่มีโรคทางกายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย (หรืออาการทางกายต้อง stable)
4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน สงสัย MR, ADHD, LD (กรณีทางโรงเรียน ประเมิน มีผลการประเมินปัญหาจากโรงเรียนด้วย SDQ/SNAP-IV/KUS-SI) - เด็กที่ต้องได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III) ที่โรงเรียนหรือผู้ปกครองร้องขอ	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน สงสัย MR ADHD, LD (กรณีทางโรงเรียน ประเมิน มีผลการประเมินปัญหาจากโรงเรียนด้วย SDQ/SNAP-IV/KUS-SI) - เด็กที่ต้องได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III) ที่โรงเรียนหรือผู้ปกครองร้องขอ	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน 4.1 LD ที่ไม่มีกุมารแพทย์/นักจิตวิทยาคลินิก ให้การตรวจประเมินเพิ่มเติม วินิจฉัย และรักษา 4.2 ADHD ที่ไม่มีใน รพท. 4.3 เด็กที่ต้องการบำบัดพิเศษ อรรถบำบัด/อาชีวะบำบัด/ฝึกทักษะการเรียนเฉพาะด้าน 4.4 เด็กที่ต้องได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III)	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน - ADHD, LD ที่มีปัญหาด้านสังคมและครอบครัวที่ชัดเจนรุนแรง และไม่มีใน รพศ.

ปรับปรุงครั้งที่ 1 เมื่อ 4 พฤษภาคม 2559

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น



เด็กปฐมวัย

Gap : เด็กปฐมวัยเขต 10
มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
ด้านภาษา กว่าร้อยละ 30



อบรมฝึกพูดเบื้องต้น และการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า เขต10
เพื่อให้เครือข่าย ระดับ รพศ./รพท./รพช. สามารถให้การดูแลกระตุ้นพัฒนาการและฝึกพูดเบื้องต้นให้กับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการได้

เด็กวัยเรียน

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน และการดูแลช่วยเหลือ



รองศึกษาธิการภาค 13 เป็นประธานและให้นโยบายในการเชื่อมโยงระบบการดูแลนักเรียน
ระหว่างภาคศึกษากับสาธารณสุข
เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2559

เด็กวัยเรียน

อบรมพัฒนาศักยภาพครู ในการเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน
และการดูแลช่วยเหลือ เขตสุขภาพที่ 10



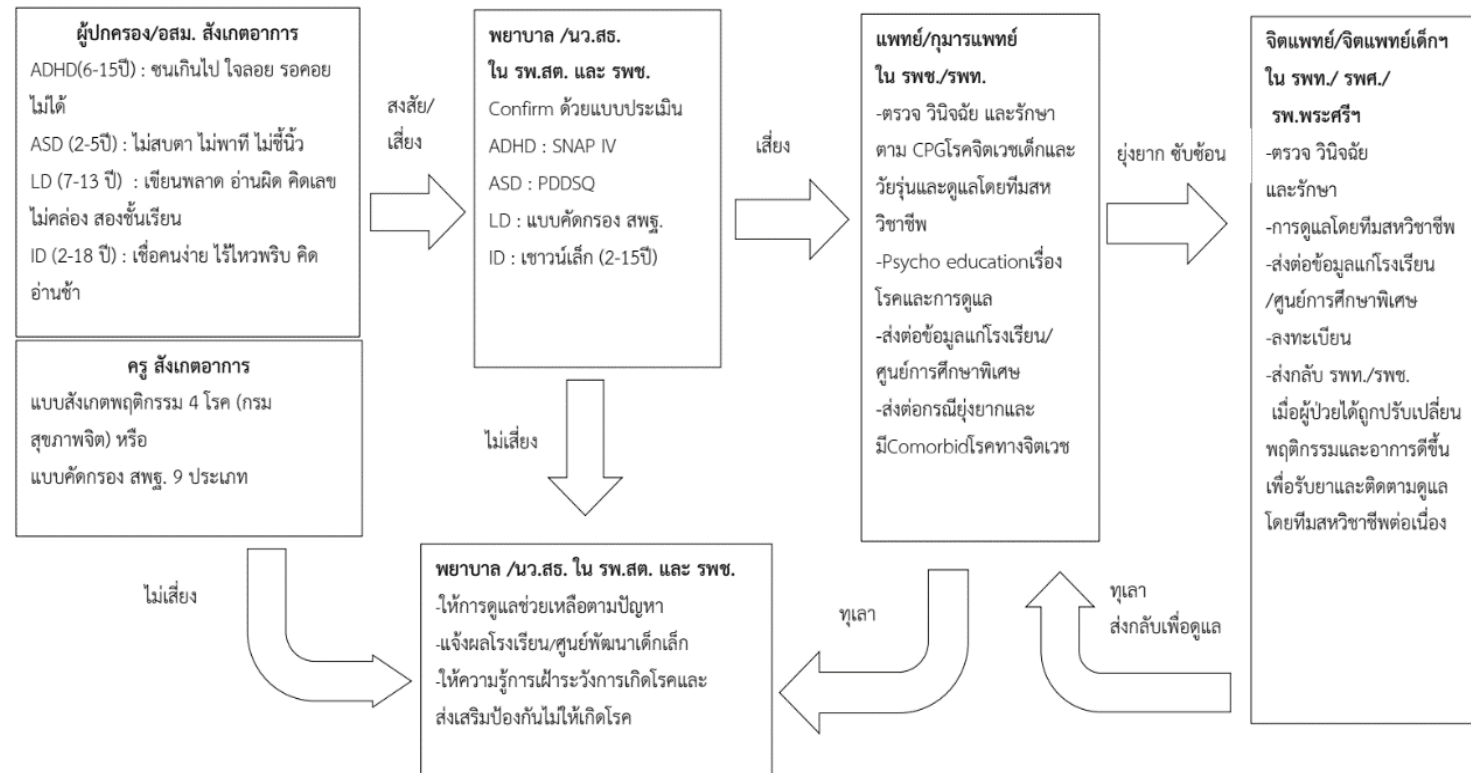
- มีครูที่ผ่านการอบรม 211 คน (ปี 60)
- มีโรงเรียนที่ร่วมคัดกรองนักเรียน เขต 10 จำนวน 730 แห่ง
- รพช. จำนวน 58 แห่ง

เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 10

เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพช.	เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพท. (ไม่มีจิตแพทย์)	เกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วย ระดับ รพท. (ที่มีจิตแพทย์)/ รพศ.	เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วย ระดับ รพ.พระศรีมหาโพธิ์
1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 เด็กปกติที่มีพัฒนาการไม่สมวัย กระตุ้นด้วย DSM 1 เดือนไม่ขึ้น 1.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีพัฒนาการไม่สมวัย กระตุ้นด้วย DAM 1 เดือน ไม่ขึ้น 1.3 กรณีที่สงสัยออทิซึม มีผลการคัดกรอง Autistic 10 ข้อ ≥ 5	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 มีผลการแก้ไขพัฒนาการด้วยการประเมิน และแก้ไขพัฒนาการ TEDA41 (145 ข้อ) ระยะเวลา 3 เดือน ไม่ขึ้น 1.2 มีโรคทางกายที่เป็นสาเหตุหลัก เช่น Cerebral palsy, Epilepsy 1.3 กรณีที่สงสัยออทิซึม มีผลการคัดกรองด้วย แบบคัดกรอง PDDSQ ≥ 13 และแพทย์ รพช. ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 มีผลการแก้ไขพัฒนาการด้วยการประเมิน และแก้ไขพัฒนาการ TEDA41 (145 ข้อ) แล้วพัฒนาการถดถอย 1.2 มี Co-morbid เช่น - Cerebral palsy (New case) - Cerebral palsy Complication - Epilepsy อาการไม่คงที่ 1.3 กระตุ้นแล้วไม่ขึ้น ภายใน 3 เดือน 1.4 เด็กที่ต้องการบำบัดพิเศษ อรรถาบำบัด / อาชีวบำบัด ต้องการใช้ยาที่มีใน รพท.	1. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า/ไม่สมวัย 1.1 MR, Autism ที่มีปัญหาการรับรู้รุนแรง, อารมณ์รุนแรง, severe hyperactivity เสียความสามารถคิดไตร่ตรองตนเองหรือผู้อื่น 1.2 มีผลการประเมินและแก้ไขพัฒนาการอย่างละเอียด (DSI 643 ข้อ) แล้วไม่ขึ้น
2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 ตื้อ ต่อต้าน 2.2 อยู่ไม่สุข 2.3 conduct problems 2.4 ใช้สารเสพติด 2.5 ก้าวร้าว 2.6 ติดเกม 2.7 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก หรือสงสัยอาการทางจิต	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 Psychosis (New case) ในเด็ก อายุ < 14 ปี 2.2 พฤติกรรมใช้สารเสพติด รักษาใน รพช. 1 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้น	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 ใช้สารเสพติด conduct problems ติดเกม โรคติดต่อ (ODD) ก้าวร้าวทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากหรือสงสัยอาการทางจิตหรืออาการทางจิต 2.2 Psychosis (New case) ในเด็ก อายุ < 14 ปี ที่ต้องการตรวจพิเศษ แต่ไม่สามารถทำได้ในระดับ รพท. (ไม่มีจิตแพทย์) 2.3 ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ทำลายข้าวของ 2.4 พฤติกรรมต่อเนื่องไม่ดีขึ้น - ตื้อต่อต้าน - อยู่ไม่สุข - ติดเกม - พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก หรือสงสัยอาการทางจิต	2. ปัญหาพฤติกรรม 2.1 พฤติกรรมที่จิตแพทย์เด็กฯ หรือจิตแพทย์ทั่วไปและทีมสหวิชาชีพระดับ รพท. ให้การรักษาแล้ว 2 เดือน ไม่ดีขึ้น 2.2 อาการอยู่ในข่ายอาการทางจิตเวช/ ก้าวร้าว/ Psychosis ที่จิตแพทย์/กุมารแพทย์ เห็นควรต้อง admit ในโรงพยาบาลจิตเวช และไม่มีโรคทางกายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย (หรืออาการทางกายต้อง stable)
3. ปัญหาด้านอารมณ์ - อารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ/ซึมเศร้า/ แยกตัว/หรือ κρίณเกินปกติ/Hyperventilation/ มี Suicidal Risk / Child Abuse	3. ปัญหาด้านอารมณ์ 3.1 มี Suicidal Risk 3.2 Hyperventilation ให้การรักษาใน รพช. 1 เดือน แล้วอาการไม่ดีขึ้น (ความถี่คงเดิม/เพิ่มขึ้น) 3.3 อารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ/ซึมเศร้า/ แยกตัว/หรือ κρίณเกินปกติ ที่ให้การรักษา/ ให้คำปรึกษาในระบบ Psychosocial clinic ใน รพช. แล้ว 2 เดือนไม่ดีขึ้น	3. ปัญหาด้านอารมณ์ 3.1 Hyperventilation ที่ดูแลทางสังคม จิตใจในระดับ รพท. (ไม่มีจิตแพทย์) แล้ว 3 เดือน ไม่ขึ้น 3.2 Suicide attempt 3.3 Child Abuse ที่มี Complication ทางกายรุนแรง หรือจำเป็นต้องประเมินร่างกาย ด้วยทีมสหวิชาชีพมากกว่า 3 สาขาวิชาชีพ 3.4 High Suicidal Risk เช่น - Poor support - มี suicide idea ตลอดเวลา - Chronic depression (> 1 ปี) 3.5 มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น sepsis, respiratory, cardiovascular unstable	3. ปัญหาอารมณ์ 3.1 Severe depression (มีผลการประเมิน CDI คะแนน > 21 กรณีอายุ < 15 ปี) 3.2 Suicide attempt with psychosis or Bipolar disorder ที่อาการทางกาย stable แล้ว 3.3 อาการที่จิตแพทย์/กุมารแพทย์ เห็นควรต้อง admit ในโรงพยาบาลจิตเวช และไม่มีโรคทางกายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย (หรืออาการทางกายต้อง stable)
4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน สงสัย MR, ADHD, LD (กรณีทางโรงเรียน ประสาน มีผลการประเมินปัญหาจากโรงเรียน ด้วย SDQ/SNAP-IV/KUS-SI) - เด็กที่ต้องได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III) ที่โรงเรียนหรือศูนย์ครอบครัวพอ	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน สงสัย MR, ADHD, LD (กรณีทางโรงเรียน ประสาน มีผลการประเมินปัญหาจากโรงเรียน ด้วย SDQ/SNAP-IV/KUS-SI) - เด็กที่ต้องได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III) ที่โรงเรียนหรือศูนย์ครอบครัวพอ	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน 4.1 LD ที่ไม่มีการแพทย์/นักจิตวิทยาคลินิก ให้การตรวจประเมินเพิ่มเติม วินิจฉัย และรักษา 4.2 ADHD ที่ไม่มีใน รพท. 4.3 เด็กที่ต้องการบำบัดพิเศษ อรรถาบำบัด/ อาชีวบำบัด/มีทักษะการเรียนรู้เฉพาะด้าน 4.4 เด็กที่ได้รับการประเมิน standard IQ test (WISC III)	4. ปัญหาการเรียน/ไม่ยอมไปโรงเรียน - ADHD, LD ที่มีปัญหาด้านสังคมและครอบครัวที่ชัดเจนรุนแรง และไม่มีใน รพท.

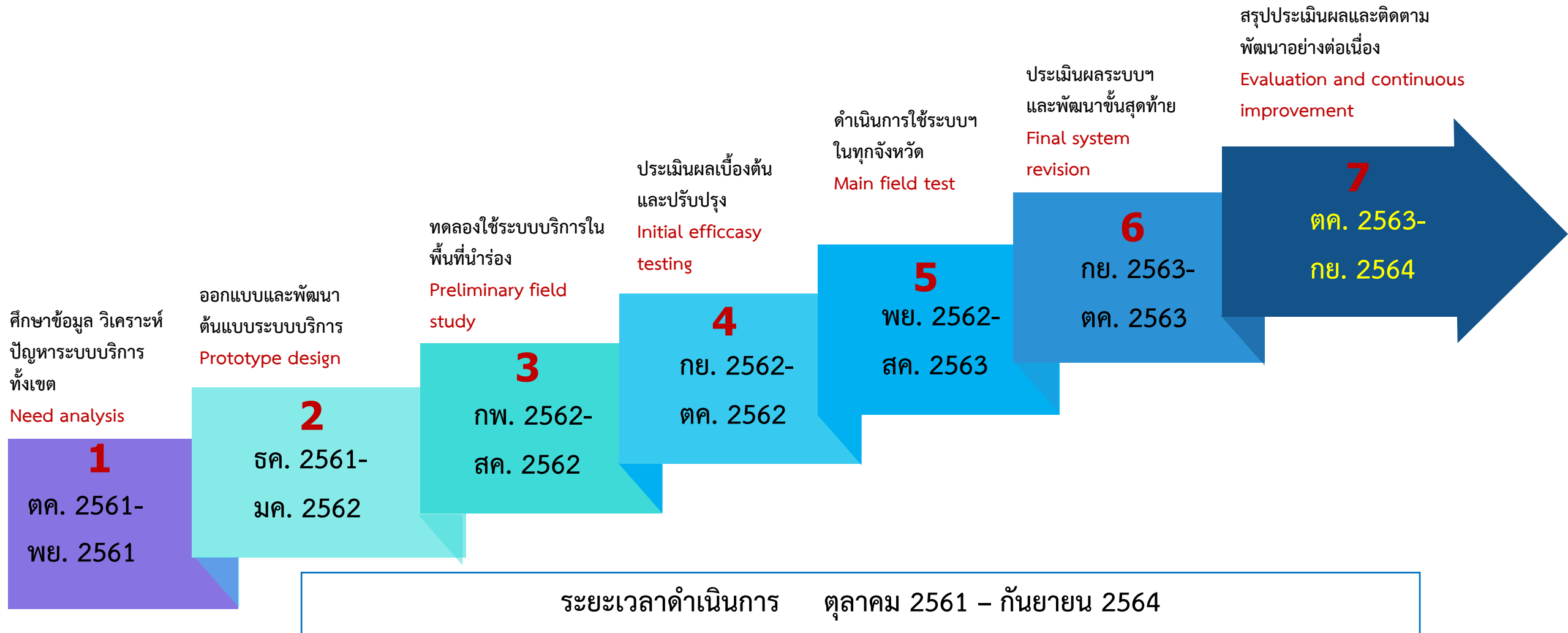
ปรับปรุงครั้งที่ 2 เมื่อ 2 ตุลาคม 2560

กรอบการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (ADHD, ASD, LD, ID) เขตสุขภาพที่ 10



ปีงบประมาณ 2562 จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ อย่างเป็นรูปแบบ

พัฒนางานภายใต้หลักวิชาการ ประยุกต์จากกระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2554)



ประชากร

- จิตแพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ แพทย์
- บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เภสัชกร นักจิตวิทยา พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 10
- ครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 10



กลุ่มตัวอย่าง

- จิตแพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ แพทย์
- ที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 20 คน
- บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เภสัชกร นักจิตวิทยา พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 35 คน
- ครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 60 คน

รวม 115 คน

เครื่องมือ

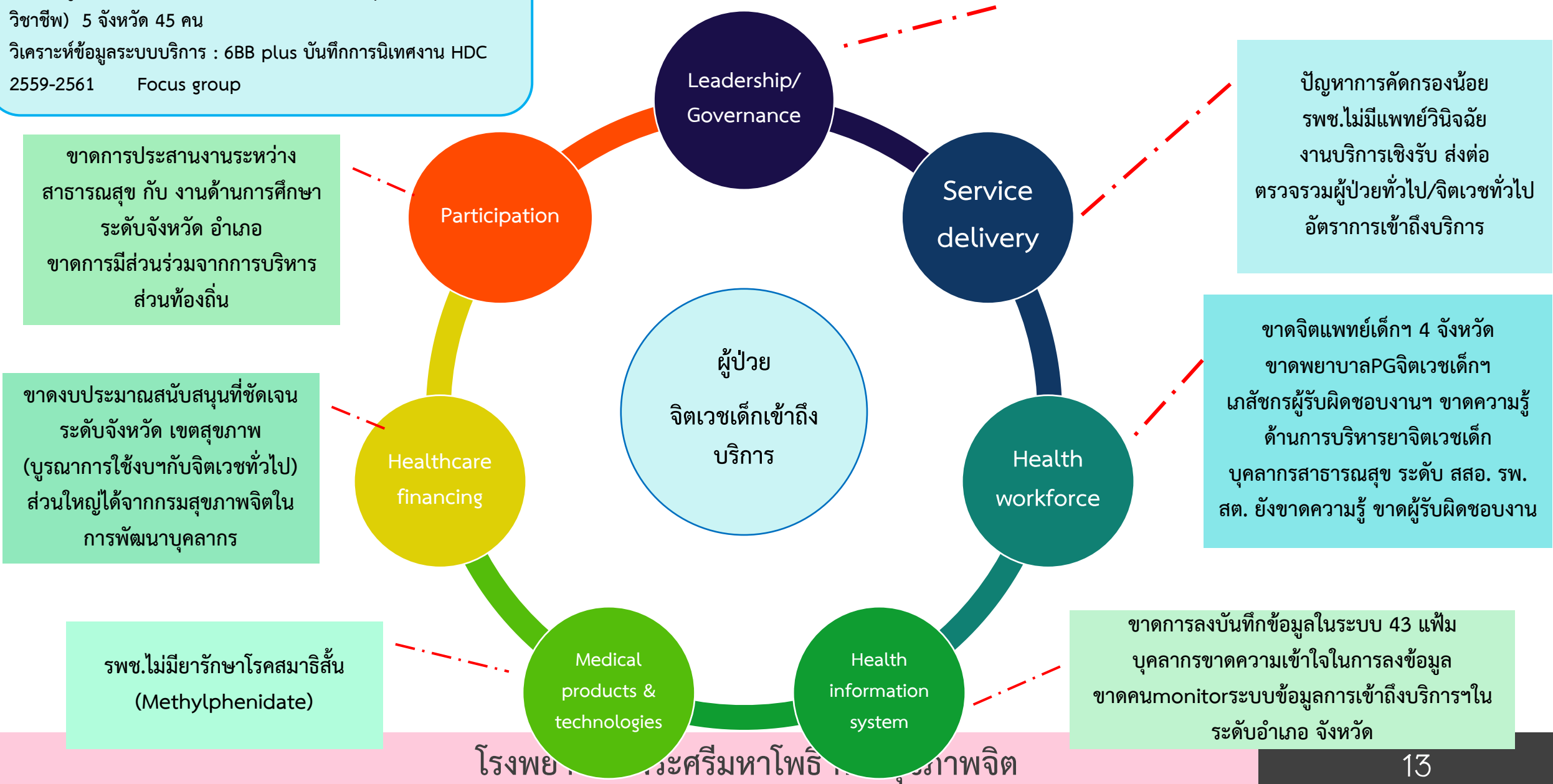
- 1.แบบคำถามถึงโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม
- 2.แบบรายงานการเข้าถึงบริการของเด็กสมาธิสั้น
- 3.แบบวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks Plus
- 4.แบบสำรวจ อัตราการล้ม การเปิดคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และ ยารักษาโรคสมาธิสั้น (Methylphenidate)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

ขั้นตอนที่ 1 Need analysis ตค. 2561-พย. 2561
 ตัวแทนผู้รับผิดชอบงาน ระดับ สสจ. และจากรพ.ทุกระดับ (สห
 วิชาชีพ) 5 จังหวัด 45 คน
 วิเคราะห์ข้อมูลระบบบริการ : 6BB plus บันทึกการนิเทศงาน HDC
 2559-2561 Focus group

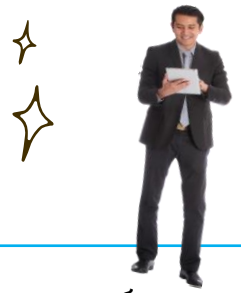
ขาดการสื่อสารนโยบายในระดับจังหวัด อำเภอ
 ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องภายในจังหวัด อำเภอ ทำให้ขาดการขับเคลื่อนในผู้ปฏิบัติที่ต่อเนื่อง



ขั้นตอนที่ 2 Prototype design

รค. 2561-มค. 2562

ออกแบบและพัฒนาต้นแบบระบบบริการเพื่อการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น เขตสุขภาพที่ 10



ส่งให้ตัวแทนแพทย์
พยาบาลเฉพาะทางด้าน
สุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น เกสัชกร และ
บุคลากรสาธารณสุข
จำนวน 30 คน ใน
เครือข่าย ได้ให้
ข้อเสนอแนะ

- 1.พัฒนารอบดำเนินการดูแล
- 2.พัฒนาแนวทางการดูแลเด็กเสี่ยงและเด็กป่วย
- 3.พัฒนาระบบคัดกรอง
- 4.พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษา
- 5.พัฒนาระบบยา
- 6.พัฒนาระบบการส่งต่อ
- 7.พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง
- 8.พัฒนาระบบข้อมูล



เสนอให้กำหนดเป็นวาระการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10
มีการติดตามในการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง คือ

- คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 10
- คณะกรรมการผู้บริหารระดับจังหวัด
- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด(Service Plan) ในเขตสุขภาพที่ 10
- คณะกรรมการติดตามประเมินผลเขตสุขภาพที่ 10 (คณะกรรมการ M&E)

การติดตามโดยทีมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ. รพท. รพช.และ รพ.สต. ช่วยดูแลแต่ละจังหวัด

- 1.พัฒนาศักยภาพแพทย์ อบรม สอนปฏิบัติ หน่วยงาน Mobile clinic การใช้CPG
- 2.พัฒนาศักยภาพพยาบาล จัดทำแผน5ปี แผนส่งเรียนPGขอทุนจากกรมและเขตฯ พัฒนาความรู้พยาบาลPG
3. พัฒนาศักยภาพเภสัชกร ประชุมเชิงปฏิบัติการ PG
- 4.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข จนท. รพ.สต. อสม.

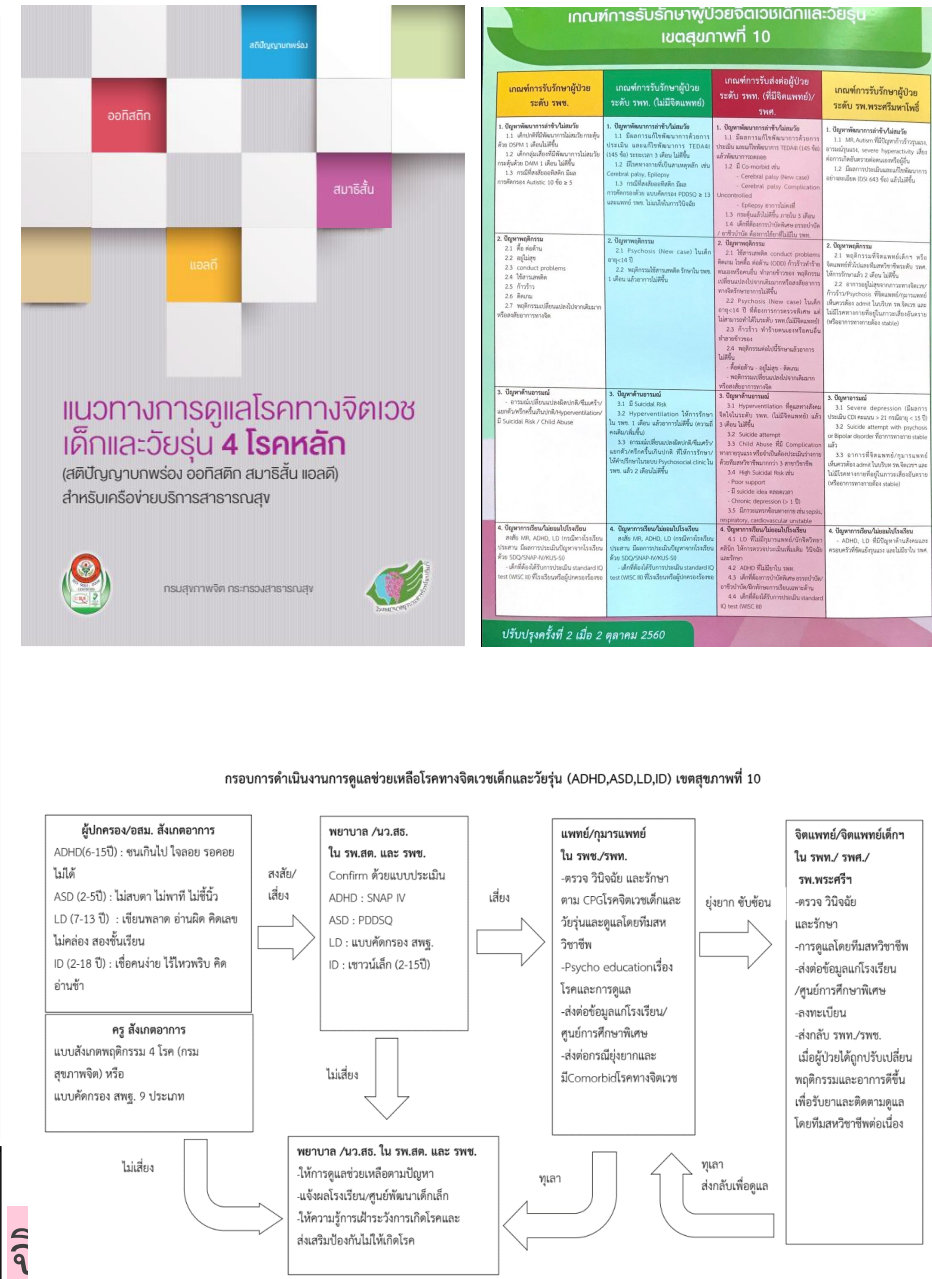
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

แนวทางการดูแล คู่มีอ CPG เกณฑ์การRefer

แนวทางการดูแลเด็กเสี่ยงและเด็กป่วยสมาธิสั้น เขตสุขภาพที่ 10 แยกตามบทบาทของผู้ให้บริการ

หน่วยบริการ/ผู้ดูแล	กระบวนการ	เครื่องมือ/เทคโนโลยี/ข้อมูล
บ้าน โรงเรียน/ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครู นักวิชาการสาธารณสุข	1.คัดกรองปัญหาในเด็ก ด้านพัฒนาการพฤติกรรม/ อารมณ์ และการเรียน และสังเกตพฤติกรรมเด็ก 2. การประสาน ข้อมูลและการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง เข้าระบบบริการ 3. การดูแลต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น	1. การสังเกตพฤติกรรม จาก ชนกันใบไม้ ลอย รอคอยไม่ได้ 2. แบบสังเกตพฤติกรรม 4 โรค (กรม สุขภาพจิต) หรือ แบบคัดกรอง สพฐ.9 ประมาท 3. ทะเบียนเด็กคัดกรอง เด็กกลุ่มเสี่ยง เด็ก ป่วยสมาธิสั้น 4. วีดีโอ ความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น สำหรับ ผู้ปกครอง
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโรงพยาบาล ชุมชน(ระดับ1-3) / นักวิชาการสาธารณสุข	1. การประสานงานกับโรงเรียน <u>เรื่องแนวทางการคัด</u> <u>กรอง การดูแลด้วยวิธี</u> การส่งต่อและการดูแลต่อ เนื่องสำหรับ ผู้บริหารและครูในโรงเรียน 2. ลงทะเบียนเก็บข้อมูล	1. แบบประเมิน SNAP IV / SNAP IV Online 2. ความรู้โรค สมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม การประสานงานกับโรงเรียน
หน่วยบริการ/ผู้ดูแล	กระบวนการ	เครื่องมือ/เทคโนโลยี/ข้อมูล
พยาบาล แพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไป/เวชศาสตร์ ครอบครัว/เวชศาสตร์ ป้องกันแขนงสุขภาพจิต ชุมชน/กุมารแพทย์	3. การยืนยันผลการตรวจด้วยการใช้ แบบประเมิน SNAP IV สำหรับ ผู้ปกครอง และครู 4. ให้ตรวจผู้ปกครองเรื่องปรับพฤติกรรม 5. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ แพทย์ เวชศาสตร์ ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิต ชุมชน/กุมารแพทย์ ที่ผ่านการอบรมความรู้โรคจิต เวชศึกษาและการเฝ้าฯ สามารถตรวจวินิจฉัยรักษา ตามแนวทางทางดูแลโรคสมาธิสั้นและสามารถส่งให้ วิชาชีพโรคสมาธิสั้นได้ 6. การออก Mobile Clinic โดยมีจิตแพทย์เด็กและ วัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ออกตรวจร่วมกับ แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการส่งแพทย์และ ยืนยันการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ให้มั่นใจในการ วินิจฉัยและการเฝ้าฯ 7. มีระบบการตรวจ Telepsychiatry กรณีไม่มี แพทย์ที่สถานการวินิจฉัยได้สามารถปรึกษาจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 8. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho Education) เชิงโรคและการดูแลเด็กสมาธิสั้น และแจ้งผล ผู้ปกครองเมื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเป็นสมาธิสั้นและ ติดตามดูแลต่อเนื่อง	3. แนวทางการดูแลโรคสมาธิสั้น 4. การให้การศึกษาเบื้องต้น 5. การสื่อสารด้วย ระบบ Telepsychiatry 6. ความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น สำหรับ ผู้ปกครอง
โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M1 , M2) พยาบาลเฉพาะทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น นักจิตวิทยา แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชศาสตร์ครอบครัว/เวช ศาสตร์ป้องกันแขนง สุขภาพจิตชุมชน/กุมาร แพทย์	1. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ แพทย์ เวชศาสตร์ ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิต ชุมชน/กุมารแพทย์ ที่ผ่านการอบรมความรู้โรคจิต เวชศึกษาและการเฝ้าฯ สามารถตรวจวินิจฉัยรักษา ตามแนวทางทางดูแลโรคสมาธิสั้นและสามารถส่งให้ วิชาชีพโรคสมาธิสั้นได้ 2. การออก Mobile Clinic โดยมีจิตแพทย์เด็กและ วัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ออกตรวจร่วมกับ แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการส่งแพทย์และ ยืนยันการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ให้มั่นใจในการ วินิจฉัยและการเฝ้าฯ 3. มีระบบการตรวจ Telepsychiatry กรณีไม่มี	1. แบบประเมิน SNAP IV / SNAP IV Online 2. แบบประเมินเจาวันเด็ก 3. ความรู้โรคสมาธิสั้น โรคทางจิตเวชเด็ก อื่นๆ แบบประเมินการอื่นๆ ที่พบร่วม ความรู้ด้านการปรับพฤติกรรม การ ประสานงานกับโรงเรียน 4. แนวทางการดูแลโรคสมาธิสั้น 5. การให้การศึกษาเบื้องต้น 6.การจิตกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง 7. การสื่อสารด้วย ระบบ Telepsychiatry

หน่วยบริการ/ผู้ดูแล	กระบวนการ	เครื่องมือ/เทคโนโลยี/ข้อมูล
โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S)	แพทย์ที่สามารถวินิจฉัยได้ สามารถปรึกษาจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho Education) เรื่องโรคและการดูแลเด็กสมาธิสั้น และแจ้งผล ผู้ปกครอง เมื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเป็นสมาธิสั้นและ ติดตามดูแลต่อเนื่อง 5. ส่งต่อกรณีรุนแรง ออกจาก ชับซ้อน และมี Comorbid โรคทางจิตเวช	วิธีดีพอ ความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น สำหรับ ผู้ปกครอง
โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S)	1. จิตแพทย์ทั่วไป จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตรวจ วินิจฉัยและรักษา 2. การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเช่น นักจิตวิทยา นัก กิจกรรมบำบัด <u>นักวิชาการศึกษาพิเศษ</u> <u>เพื่อปรับ ตามปัญหาดังกล่าว</u> 3. ส่งต่อข้อมูลแก่โรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ 4. ส่งกลับ โรงพยาบาลชุมชนเมื่อผู้ป่วยได้ถูก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอาการดีขึ้นเพื่อรับยาและ ติดตามดูแลโดยทีมสหวิชาชีพต่อเนื่อง 5. Parent Training Program	1. แบบประเมินเจาวันเด็ก/VISC III,IV,VRAT-T (ตามบริษัท) 2. ความรู้โรคสมาธิสั้น แบบประเมินเฉพาะ การปรับ พฤติกรรม 4. แนวทางการดูแลโรคสมาธิสั้น 5. ความรู้โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ 6. การให้กรปรึกษา 7. การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง 8. การประสานงานกับโรงเรียนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด โรงเรียนการศึกษาพิเศษ องค์การบริหารส่วนตำบล
โรงพยาบาลจิตเวช	1. รับส่งต่อผู้ป่วยที่ รุนแรง ออกจาก ชับซ้อน 2. จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตรวจวินิจฉัยและรักษา 3. การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นัก กิจกรรมบำบัด นักวิชาการศึกษาพิเศษ เพื่อปรับ ตามปัญหาดังกล่าว 4. Parent Training Program 5. การจัดกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยสมาธิสั้น เช่น จิต บำบัดรายบุคคล <u>จิตบำบัดกลุ่ม</u> <u>ครอบครัวบำบัด</u> เป็นต้น 6. การส่งต่อข้อมูลแก่โรงเรียนและศูนย์การศึกษา พิเศษ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 7. การส่งกลับยังโรงพยาบาลเครือข่าย ผู้ป่วยอาศัย	1. แบบประเมินเจาวันเด็ก/VISC III,IV,VRAT-T (ตามบริษัท) 2. ความรู้โรคสมาธิสั้น แบบประเมินเฉพาะ อื่นๆ การปรับพฤติกรรม 4. แนวทางการดูแลโรคสมาธิสั้น 5. ความรู้โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ 6. การให้กรปรึกษา 7. การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง 8. ความรู้กิจกรรมบำบัด จิตบำบัด การ ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ 9. การประสานงานกับโรงเรียนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
	เมื่อผู้ป่วยได้ถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอาการที่ ดีขึ้น เพื่อรับยาและติดตามดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ต่อเนื่อง	เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดโรงเรียนการศึกษาพิเศษ องค์การบริหารส่วนตำบล





ข้อเสนอแนะ คือ

- 1) การทำแนวทางที่ชัดเจน ดูกง่ายและสั้นกว่าคู่มือ CPG เพื่อใช้สำหรับแพทย์ทั่วไป ที่โรงพยาบาลชุมชนในการวินิจฉัยโรค
- 2) การปรับหลักสูตรแพทย์ โดยมีการศึกษาดูงาน/ฝึกปฏิบัติงาน ที่คลินิกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- 3) การจัดทำ กรอบการดำเนินงาน ที่เป็น One page เพื่อง่ายในการเป็นแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ การคัดกรอง ส่งตรวจวินิจฉัย การรักษาโรค การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่อง
- 4) ปรับแนวทางการดำเนินงานให้ชัดเจน และไม่ยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติ

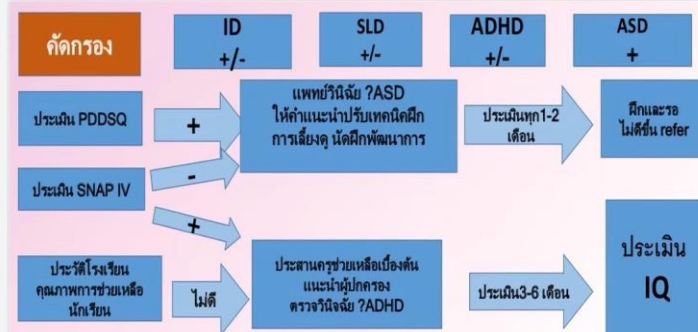
แพทย์หญิงเนติยา จิระทวีพ
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

PRASRI

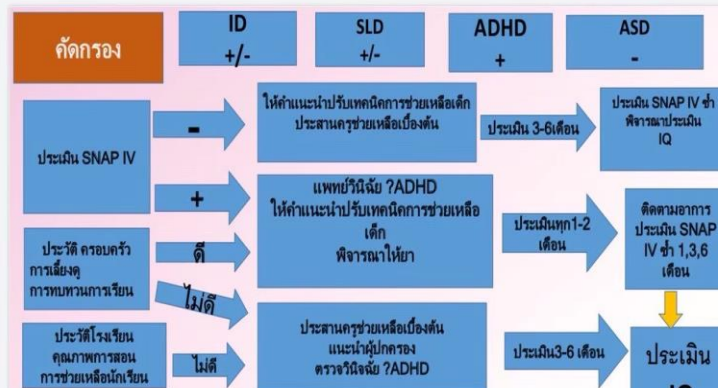


แพทย์/กุมารแพทย์ ให้การวินิจฉัย
ID or Borderline / low IQ
SLD ไม่ วินิจฉัยก่อน ป.2
ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ตักยภาพสูงกว่า

PRASRI



แพทย์/กุมารแพทย์ ให้การวินิจฉัย
ASD with or without comorbidity
SLD ไม่ วินิจฉัยก่อน ป.2
ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า



แพทย์/กุมารแพทย์ ให้การวินิจฉัย
ADHD with or without comorbidity
SLD ไม่ วินิจฉัยก่อน ป.2
ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า

ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า

ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า

ไม่แน่ใจ refer ไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า

มีปัญหา
severe ODD
Conduct ก้าวร้าว ไม่เข้าเรียน
ติดเกมจนไม่ไปเรียน/ก้าวร้าว
คิดอยากตาย ทำร้ายตัวเอง

Refer

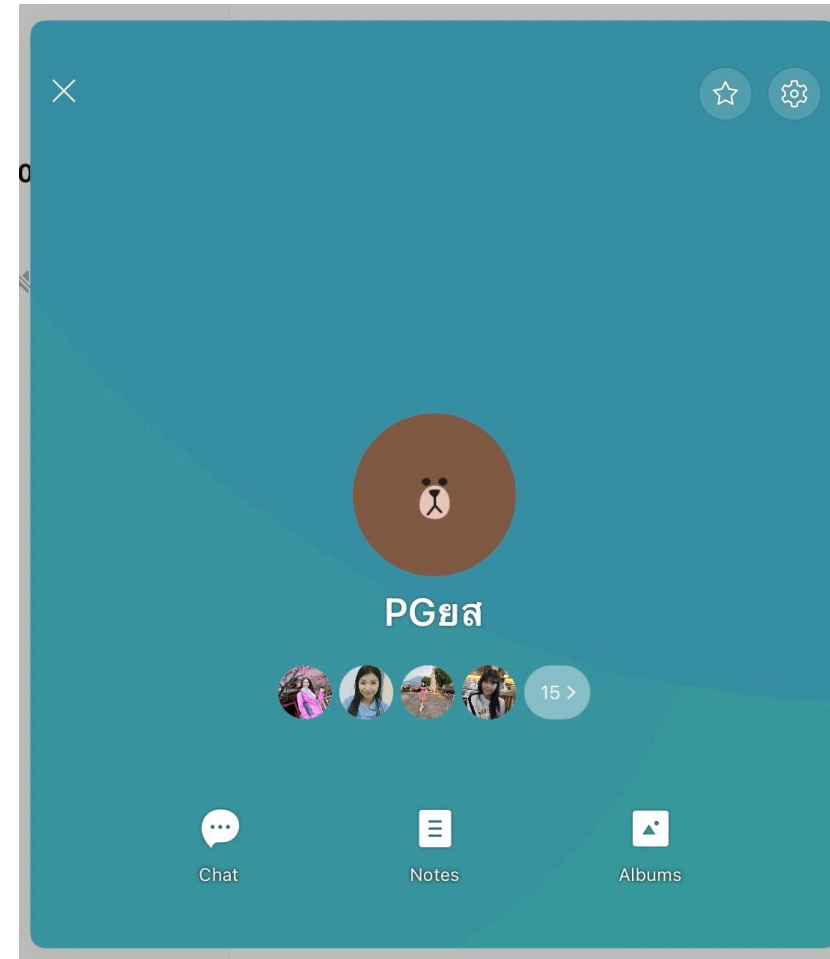
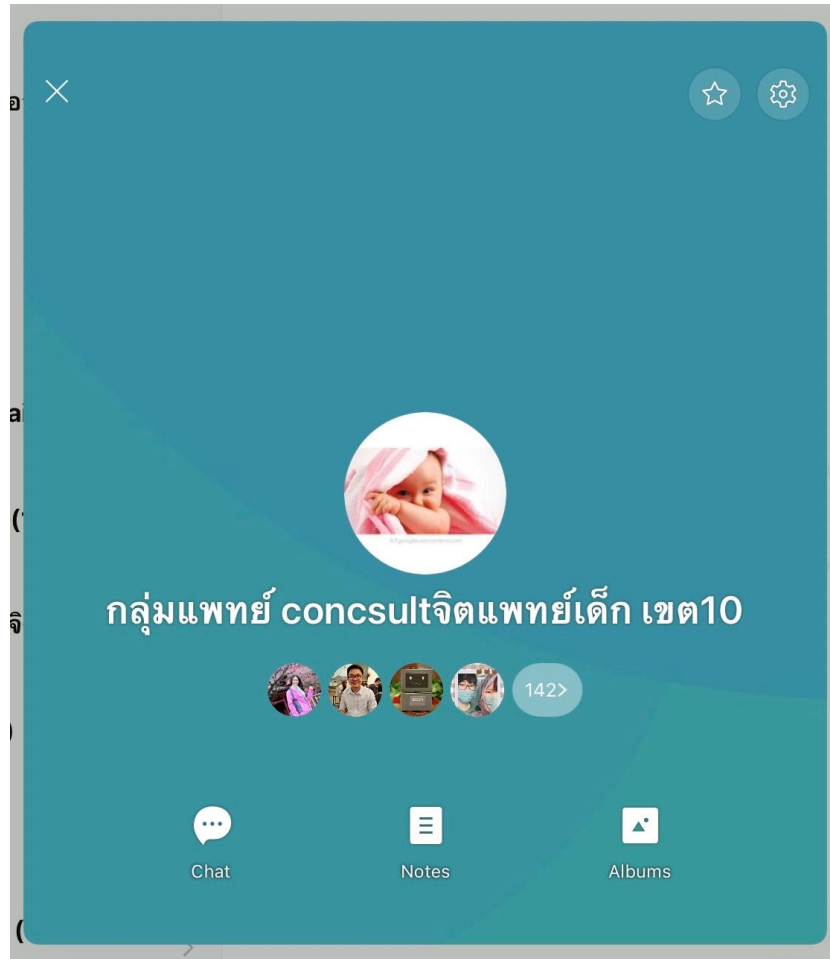
PRASRI

เกณฑ์การรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชเดกและวัยรุ่น
เขตสุขภาพที่ 10

[illegible]

ปรับปรุงครั้งที่ 2 เมื่อ 2 ตุลาคม 2560

กลุ่ม Line ให้คำปรึกษา



ขั้นตอนที่ 3 Preliminary field study กพ. 2562-สค. 2562

ทดลองใช้ระบบบริการในพื้นที่นำร่อง จังหวัดยโสธร 9อำเภอ

โรงพยาบาลทุกระดับ



- ดำเนินการ 3 กระบวนการ
- ประชุมชี้แจง ระบบบริการเพื่อ การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น
- ผู้เข้าประชุม ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักวิชาการ สาธารณสุข จำนวน 32 คน
- โดยแยกพัฒนาศักยภาพตาม วิชาชีพ และแยกกลุ่มตาม วิชาชีพ

ทำ Focus group พบว่า

ควรจัดทำสื่อที่ทำให้ผู้ปกครอง เข้าใจเรื่องโรคที่ง่ายขึ้น ให้ความ ร่วมมือในการสังเกตอาการเด็กกลุ่ม เสี่ยง มีทัศนคติที่ดีต่อการนำเด็กเข้า มารักษา และการดูแลต่อเนื่องใน ผู้ป่วยสมาธิสั้น

ขั้นตอนที่ 4 initial efficacy testing ประเมินผลเบื้องต้นและปรับปรุง กย.-ตค. 2562



จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ นำข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและทำ Focus group มาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยประชุมทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร่วมกับ ตัวแทนแพทย์พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในพื้นที่เครือข่ายโสธร 25 คน มีการเพิ่มเติมแนวทาง ใน 3 กระบวนการพัฒนา

1. พัฒนารอบดำเนินการดูแล
2. พัฒนาแนวทางการดูแลเด็กเสี่ยงและเด็กป่วยสมาธิสั้น
3. พัฒนาระบบคัดกรอง
4. พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษา
5. พัฒนาระบบยา
6. พัฒนาระบบการส่งต่อ
7. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง
8. พัฒนาระบบข้อมูล

เสนอให้กำหนดเป็นวาระการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มีการติดตามในการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง คือ

- คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 10
- คณะกรรมการผู้บริหารระดับจังหวัด
- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ สาขาสภาพจิตและสารเสพติด(Service Plan) และ MCH Board เขตสุขภาพที่ 10
- คณะกรรมการติดตามประเมินผลเขตสุขภาพที่ 10 (คณะกรรมการ M&E)

การติดตามโดยทีมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ. รพท. รพช.และ รพ.สต. ช่วยดูแลแต่ละจังหวัด



1. แพทย์ อบรม สอนปฏิบัติ หน่วยงาน Mobile clinic การใช้CPG Telepsychiatry
2. พยาบาล จัดทำแผน5ปี แผนส่งเรียนPGขอทุนจากกรมและเขตฯ พัฒนาความรู้พยาบาลPG อบรมระยะสั้นแทนPG
3. เกสซ์กร ประชุมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรPG4เดือน
4. บุคลากรสาธารณสุข จนท. รพ.สต. อสม.

พระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 5 Main field test ดำเนินการใช้ระบบบริการ เพื่อการเข้าถึงโรคสมาธิสั้นที่ปรับปรุงใหม่
ในโรงพยาบาลทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 พย.2562-สค.2563



5.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงระบบบริการเพื่อการเข้าถึงโรคสมาธิสั้น
จำนวน 71 แห่ง ผู้เข้าประชุม

จิตแพทย์ทั่วไป แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักวิชาการ
สาธารณสุข ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่

10 จำนวน 200 คน โดยแยกพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ คือ

1) จิตแพทย์ทั่วไป แพทย์ กุมารแพทย์ ได้รับการพัฒนา
ศักยภาพในเรื่อง แนวทางการวินิจฉัย การรักษา ระบบการขอคำปรึกษา
และการส่งต่อ

2) พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข ได้รับพัฒนา
ศักยภาพในการ ระบบการคัดกรอง การเชื่อมระบบกับโรงเรียน ชุมชน
ในการรับกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาระบบการพัฒนาระบบบริการใน
คลินิกจิตเวชเด็ก และระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง

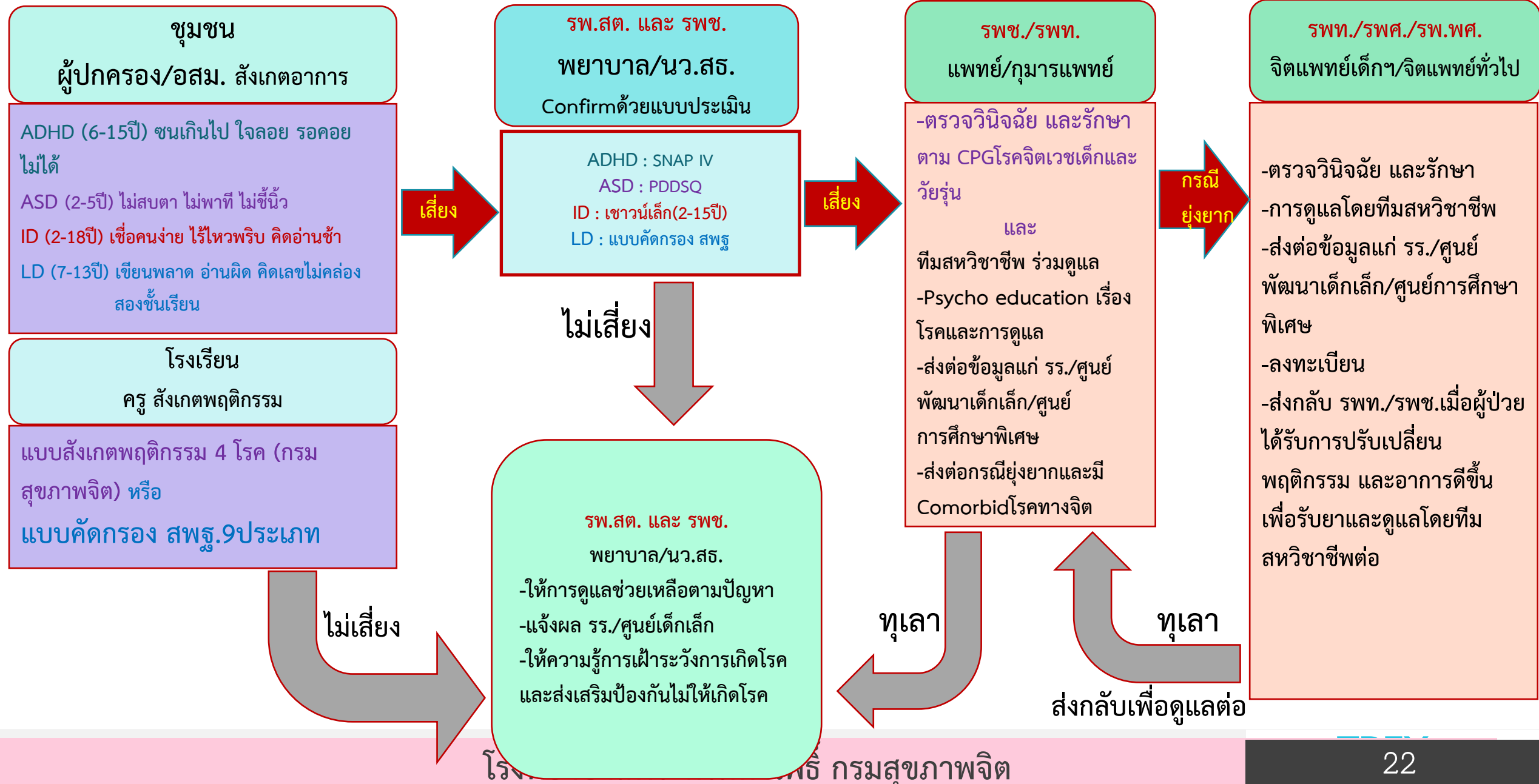
3) เภสัชกร ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบริหารยาจิตเวชเด็ก

5.2 การเผยแพร่ความรู้ ในการค้นหา
เด็กกลุ่มเสี่ยงและการติดตามเด็กกลุ่ม
ป่วย ให้ครู ผู้ปกครอง และอาสาสมัคร

สาธารณสุขให้สามารถดำเนินการ
ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และติดตามผู้ป่วย
เก่าที่ต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับ

การชี้แจงงานส่งเสริมสุขภาพและ
งานอนามัยโรงเรียนของแต่ละอำเภอ

กรอบการดำเนินงาน การดูแลช่วยเหลือโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (ADHD ASD LD ID) เขตสุขภาพที่ 10





สื่อ สำหรับครู ผู้ปกครอง (แผ่นพับ วีดีโอ)

19:51 Fri 8 Jul

HOME

VIDEOS

PLAYLISTS

CHA



ความรู้สำหรับผู้ปกครอง กับ โรคสมาธิสั้น
(จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น)
640 views · 9 months ago



การใช้เวลาช่วยชีวิต

ต้องประกอบด้วยความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นประจำ
ระหว่างครู พ่อแม่ โดยเน้นที่การรักษา
4 ด้าน ไปพร้อม ๆ กัน

1. การอธิบายให้พ่อแม่เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ
ด้านของโรคเพื่อปรับพฤติกรรมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง
ให้สอดคล้องกับครอบครัวและเด็ก
2. การปรับพฤติกรรม โดยแนะนำพฤติกรรมที่
เข้ากันได้ของการเรียนรู้ เช่น การนั่งไม่ได้อีก
การไม่ทำตามคำสั่ง เป็นต้น
3. การใช้ยาเพื่อเพิ่มสมาธิ (ซึ่งขึ้นกับการ
ตัดสินใจของแพทย์ผู้ทำการรักษา) ทำให้เด็กมีสมาธิ
ตามต้องการได้
4. การเรียนการสอนที่มีเทคนิคเฉพาะสำหรับ
เด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2: การช่วยเหลือ

1. มีการจัดตารางเวลาให้ชัดเจนว่า
กิจกรรมในแต่ละวันของเด็กต้องทำอะไรบ้าง ตั้งแต่
ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน
2. จัดหาสถานที่ที่เด็กสามารถ ทำ
การบ้าน อ่านหนังสือ โดยไม่มีโทรทัศน์ และไม่มี
สิ่งอื่นที่อาจทำให้เด็กเสียสมาธิ เช่น ทีวี
วิดีโอ เกม ผู้คนเดินไปมา

3. ถ้าเด็กมีความยากหรือหมดสมาธิง่ายเกินไป
จะจัดให้มีกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นสมาธิหรือทำ
การบ้าน เพื่อให้สมาธิดีขึ้น
4. ควรให้คำชม ชื่นชมเด็กบ่อย ๆ เวลาที่
เด็กทำพฤติกรรมที่ดีหรือส่งต่อหรือทำตามกติกา
เด็กเป็นการเล่นจริง ๆ ให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดี
ต่อไป
5. พ่อ แม่ และบุคคลอื่นในบ้าน ต้องพยายาม
ควบคุมอารมณ์ อย่าขว้าง หรือลงโทษทางกายอย่าง
รุนแรงเมื่อเด็กกระพริบตา ควรใช้การสื่อสารอย่าง
นุ่มนวลว่า เมื่อเด็กทำผิดจะมีการลงโทษอย่างไรบ้าง
6. การสอนให้เด็กใช้วิธีการจำได้มีหลายวิธี เช่น
จดลิสต์ หรือเขียนออกมาเป็น ข้อเขียน ลวดลาย
เป็นต้น
7. ทำตัวอย่างเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก เช่น ความมี
ระเบียบ รอบคอบ สุภาพ รู้จักกาลเทศะ หลีกเลี่ยง
การใช้ความรุนแรงหรือทำร้าย เป็นต้น
8. ติดต่อครูผู้สอนเกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็ก
9. หากมีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (ADHD)

เอกสารอ้างอิง
1. คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น (ฉบับแก้ไข) กรมสุขภาพจิต
2. คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น (ฉบับแก้ไข) กรมสุขภาพจิต

โรคสมาธิสั้น
Attention Deficit
Hyperactivity
Disorder :
ADHD

กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โทร. 045-352542
088 3770110

โรคสมาธิสั้น
.. ไม่ใช่โรค/ประสาท ..

เป็นกลุ่มอาการที่เกิดตั้งแต่เด็ก (ก่อนอายุ
12 ปี) ที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมี
ผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และ
การเข้าสังคมกับผู้อื่น กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย

- อาการขาดสมาธิ (attention deficit)
- อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)
- อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity)

ในไทยพบประมาณ 8% ของเด็กวัยเรียน พบใน
เด็กชายมากกว่าเด็กหญิงประมาณ 3 เท่า

สาเหตุ
ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่มีหลักฐานการวิจัยในปัจจุบัน
พบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความยากหรือส่งผลกระทบต่อ
สมาธิที่ส่งผลกระทบต่อสมาธิของเด็กที่เกิดจาก 3 สาเหตุ
1. การขาดสมาธิ (attention deficit) 2. การขาดสมาธิ (attention deficit)
3. การขาดสมาธิ (attention deficit) 4. การขาดสมาธิ (attention deficit)
5. การขาดสมาธิ (attention deficit) 6. การขาดสมาธิ (attention deficit)
7. การขาดสมาธิ (attention deficit) 8. การขาดสมาธิ (attention deficit)
9. การขาดสมาธิ (attention deficit) 10. การขาดสมาธิ (attention deficit)

การวินิจฉัย
เด็กที่มีอาการขาดสมาธิ หรือสมาธิสั้น หรือสมาธิสั้น
กลุ่มอาการขาดสมาธิ หรือสมาธิสั้น หรือสมาธิสั้น
12 ปี

กลุ่มอาการขาดสมาธิ จะมีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีสมาธิ
2. ไม่ระมัดระวัง ทำการผิดพลาด เช่น
3. ขาดความตั้งใจจดจ่อ
4. ลืมง่าย ไม่ฟังคำสั่ง
5. ทำตามไม่เสร็จ ไม่เรียบร้อย
6. ขาดความตั้งใจ
7. ทำอะไรก็半途而废
8. ขาดสมาธิในการทำกิจกรรม
9. ขาดสมาธิในการทำกิจกรรม
10. ขาดสมาธิในการทำกิจกรรม

กลุ่มอาการซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น
จะมีลักษณะดังนี้

1. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
2. ขาดสมาธิ
3. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
4. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
5. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
6. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
7. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
8. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
9. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง
10. ขยับตัว อยู่ไม่นิ่ง

ผลกระทบ
ต่อชีวิต

1. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
2. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
3. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
4. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
5. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
6. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
7. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
8. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
9. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น
10. การเรียน :
ไม่มีสมาธิเรียน ทำการผิดพลาด เช่น

ออทิสติก (Autistic Disorder)
บทเรียนการสังเกตและเข้าใจ

ช่วยหนู...ก่อนเข้า
เล่นกิจกรรม สังเกตเห็น เห็นตามการ

ไม่สบตา ไม่พาทำ ไม่ชี้ตัว

แบบทดสอบการสังเกตอาการออทิสติก 5 ข้อแบบง่ายๆ

ขณเกินไป ใจลอย คอยไม่ได้
เสี่ยง สมาธิสั้น ต้องรีบแก้ไข

ขณเกินไป

ใจลอย

คอยไม่ได้

ลูก เขียนไม่ได้ อ่านไม่ออก
คิดเลขพลาด

เสี่ยงสมาธิสั้น แอลดี ไม่ควรละเลย
แอลดี (Learning Disabilities) เป็นความบกพร่องในการเรียนรู้ของเด็ก

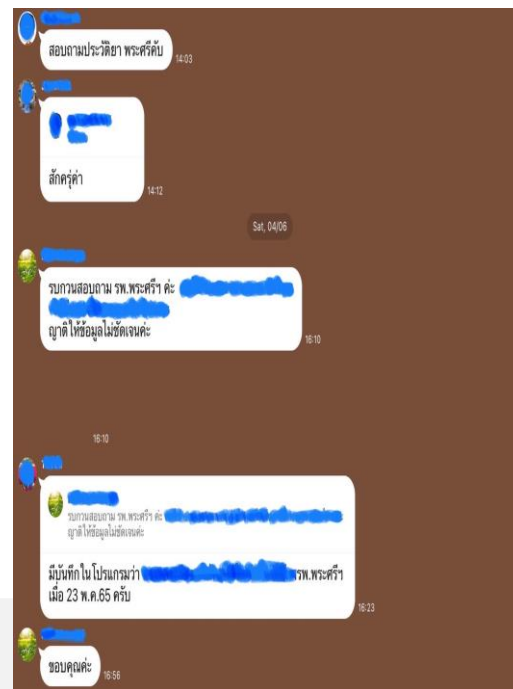
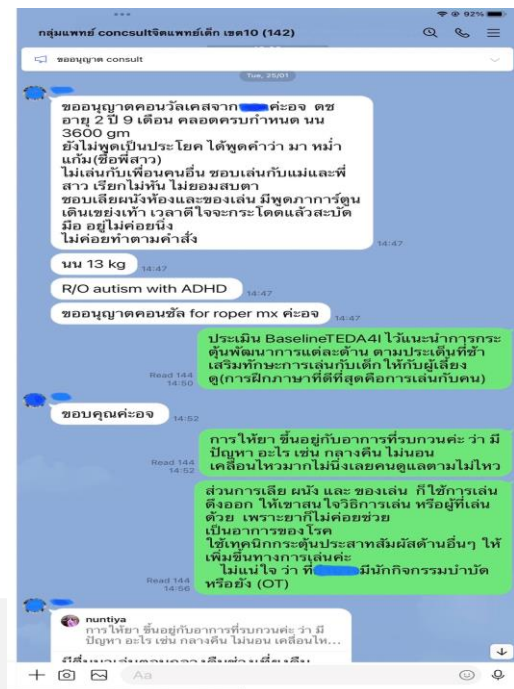
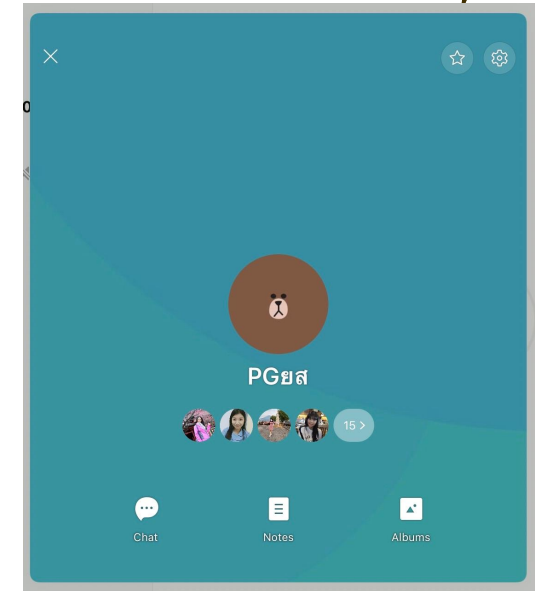
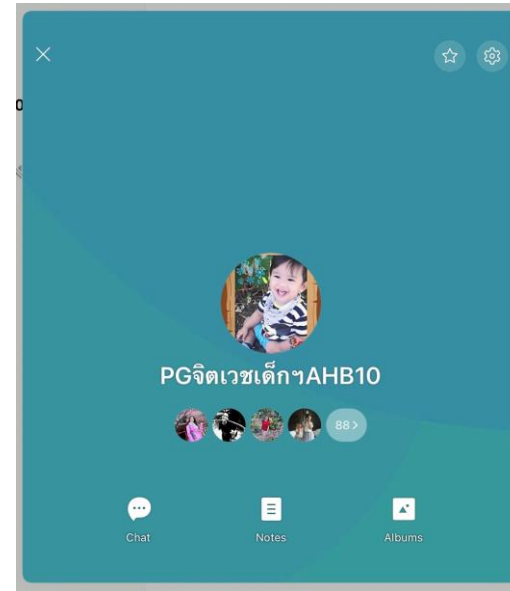
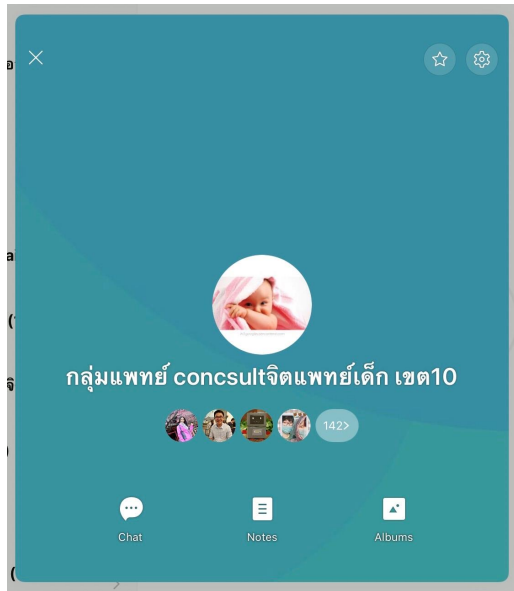
คำฟ้าผ่าอะไร
- **สุขภาพจิต ?**

สุขภาพจิต
สุขภาพจิต คือ 13+23=24

สุขภาพจิต
สุขภาพจิต คือ 13+23=24

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

ช่องทางให้คำปรึกษา ให้ความรู้ กลุ่ม Line แต่ละวิชาชีพ



[illegible]

2

- ในทุกทิศทาง มีคน ที่ขึ้นโรคมะเร็งสูงขึ้น

9) การกินอาหารมาก อาจเป็นโรคทางสมอง เช่นการรับประทานอาหาร ร่างกายจะย่อยและดึงไปใช้ และพบผลเป็น

- หากกินประเภทไขมันมากโรคทางสมอง ก็จะเพิ่มมากขึ้น
- ส่วนใหญ่ เชื่อกันว่า 70-80 % ไม่มีการย่อยจากอาหาร 20-30% ที่ไม่ย่อยเป็นของ

ต่าง คือ อาจกินข้าวกล้อง โดยจะย่อยง่ายขึ้น แต่มีการย่อยและดูดซึมได้น้อยกว่า ถ้าจะย่อยได้ดีก็คิดหาวิธีนำมันมาทำเป็นเครื่องดื่มสุขภาพ อาจเสริมวิตามินได้

- ยานักไม่กินยาตัวอื่น ยกเว้นกลุ่มยาที่ใช้ในการเร่งตัวของการย่อยอาหาร ถ้ามีปัญหาดังกล่าวเมื่อไม่ย่อยอาหารแล้วก็กินได้ถ้าสะดวกใช้หรือสะดวก ง่าย ก็ชดเชยได้ ประเด็นเกี่ยวกับอาหารเสริม

ชนิดอื่นที่จำเป็น

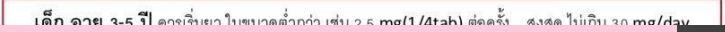
- ยานักไม่กินไม่ร่วม ดังนั้นจะกินได้ก็ทั้งก่อนและภายหลัง ไม่เกี่ยวกับการย่อยและ

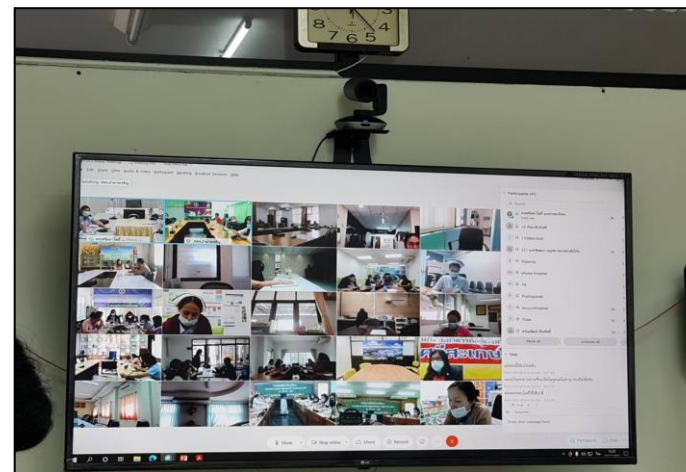
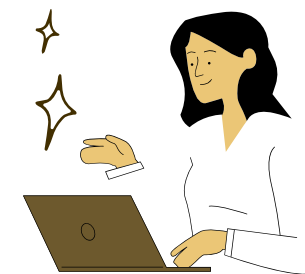
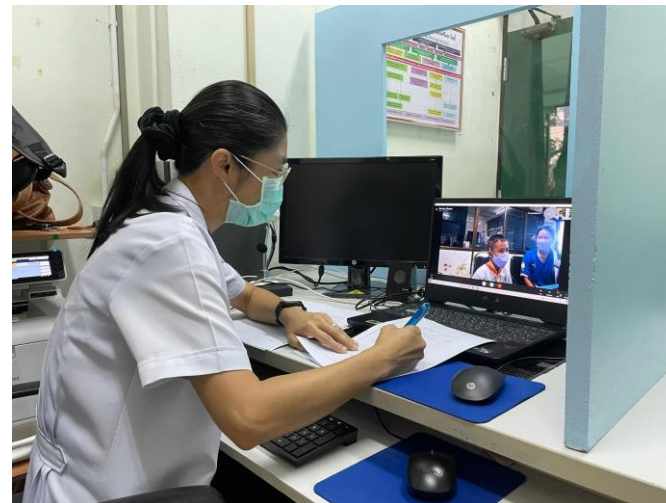
มีการคิดว่าจะเหมาะสม จะใช้กับผู้ป่วยบางราย ๒ ชม-17.30 ชม ได้

- ก็พบหรือคิดสุขภาพ ก็ได้
- ในการกินยาช่วงแรก เป็นบางราย เป็นพวกที่น้อยๆ หรือ เป็นของน้อยๆ พอ

ร่างกายดี มีอาการเป็น 2-3 สัปดาห์

10) การมีไขมันใน สามารถลดขนาดยาได้ หรือ เป็นการรักษาด้วยยา





ขั้นตอนที่ 6 Final system revision การประเมินผลระบบบริการและพัฒนา กย.-ตค. 2563



ติดตามประเมินผล โดยการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการ
และทำ Focus group แยกกลุ่ม
แพทย์ จำนวน 20 คน
พยาบาล เกสัชกร นักจิตวิทยา
จำนวน 35 คน
และตัวแทนครู อสม. 60 คน
รวม 115 คน

จากการสรุปประเมินผล ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานคือ การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น เขตสุขภาพที่ 10 ใช้หลักการ “ 4 โดย ” ในการขับเคลื่อน คือ

โดยเร็ว ครู/อสม. ผู้ปกครองคัดเด็ก ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้

แจ้ง จนท.สาธารณสุขใกล้บ้าน (รพ.สต.)

โดยพลัน จนท.สาธารณสุขใกล้บ้าน ให้ ครู ผู้ปกครอง ประเมินเด็ก SNAP-IV Online

โดยทันที รพ.สต. ส่งเด็กที่เสี่ยงจากผลการประเมิน SNAP IV พบแพทย์ รพช.

ตรวจวินิจฉัย

โดยต่อเนื่อง ครู ผู้ปกครอง รพ.สต.และโรงพยาบาล ดูแลให้เด็กป่วยรับยาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 7 Evaluation and continuous improvement

สรุปประเมินผลและติดตามพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อการเข้าถึงบริการ เขตสุขภาพที่ 10

ตค. 2563 – กย. 2564



จัดประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อสรุปจากการพัฒนา

การประชุมเชิงปฏิบัติการและทำ Focus group มาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยประชุมทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 15 คน ซึ่งที่ประชุมให้แนวทางไว้เพื่อความยั่งยืน ต่อเนื่องและวางแผนการพัฒนาต่อไป

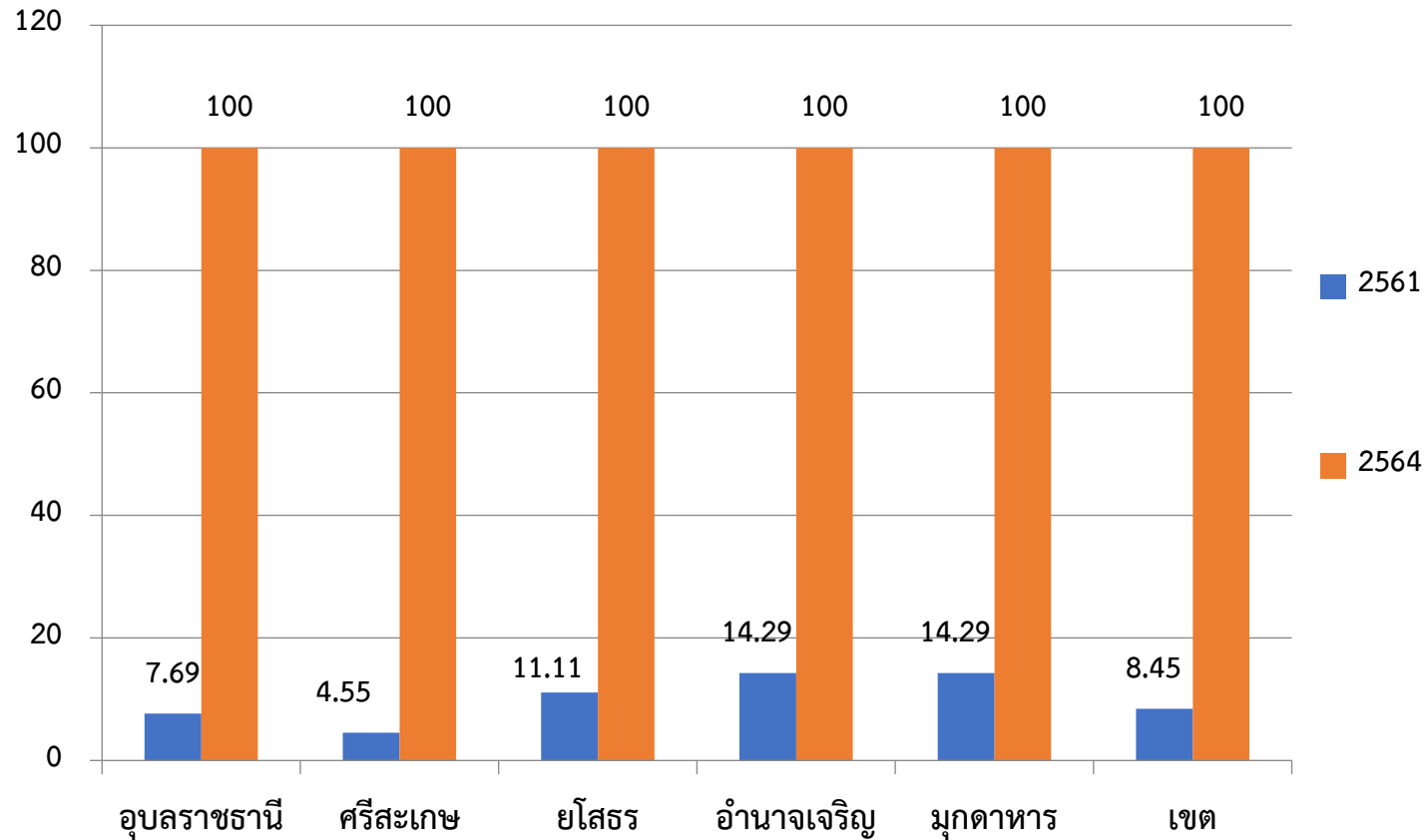
ควรมีการดำเนินการ 3 กระบวนการ ต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานในทุกวิชาชีพ ทุกจังหวัด มีการบริการ Telepsychiatry เครือข่ายมีการพัฒนาการคัดกรอง SNAP IV Online ที่เป็นรูปแบบที่สามารถช่วยให้เด็กยังได้รับบริการต่อเนื่องแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รับผิดชอบ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น



ผลการดำเนินการ

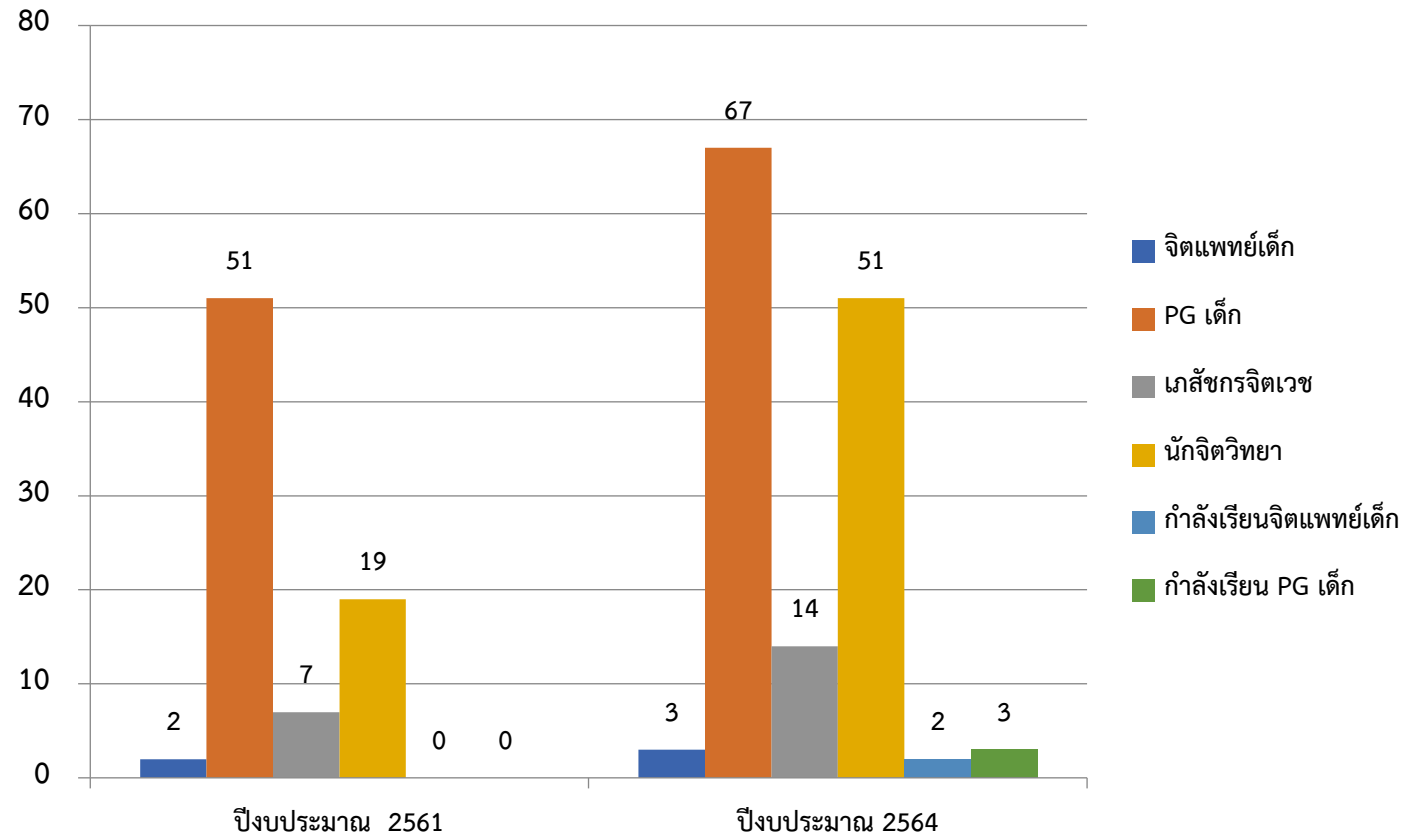


1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่สามารถเปิดคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในโรงพยาบาลเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 10



- 1) โรงพยาบาลทุกแห่งกำหนดวันให้บริการตรวจวินิจฉัยรักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์
- 2) โรงพยาบาลทุกแห่ง กำหนด แพทย์ พยาบาล/ นักจิตวิทยา ที่รับผิดชอบงานจิตเวชเด็กที่ชัดเจนในการให้บริการที่ต่อเนื่อง
- 3) โรงพยาบาลทุกแห่งมีการกำหนดกรอบยาและมียา รักษาโรคสมาธิสั้น(Methylphenidate)
- 4) โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและติดตามต่อเนื่อง
- 5) มีการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือตามกรอบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลเด็กเสี่ยงและเด็กป่วย 4 หลัก

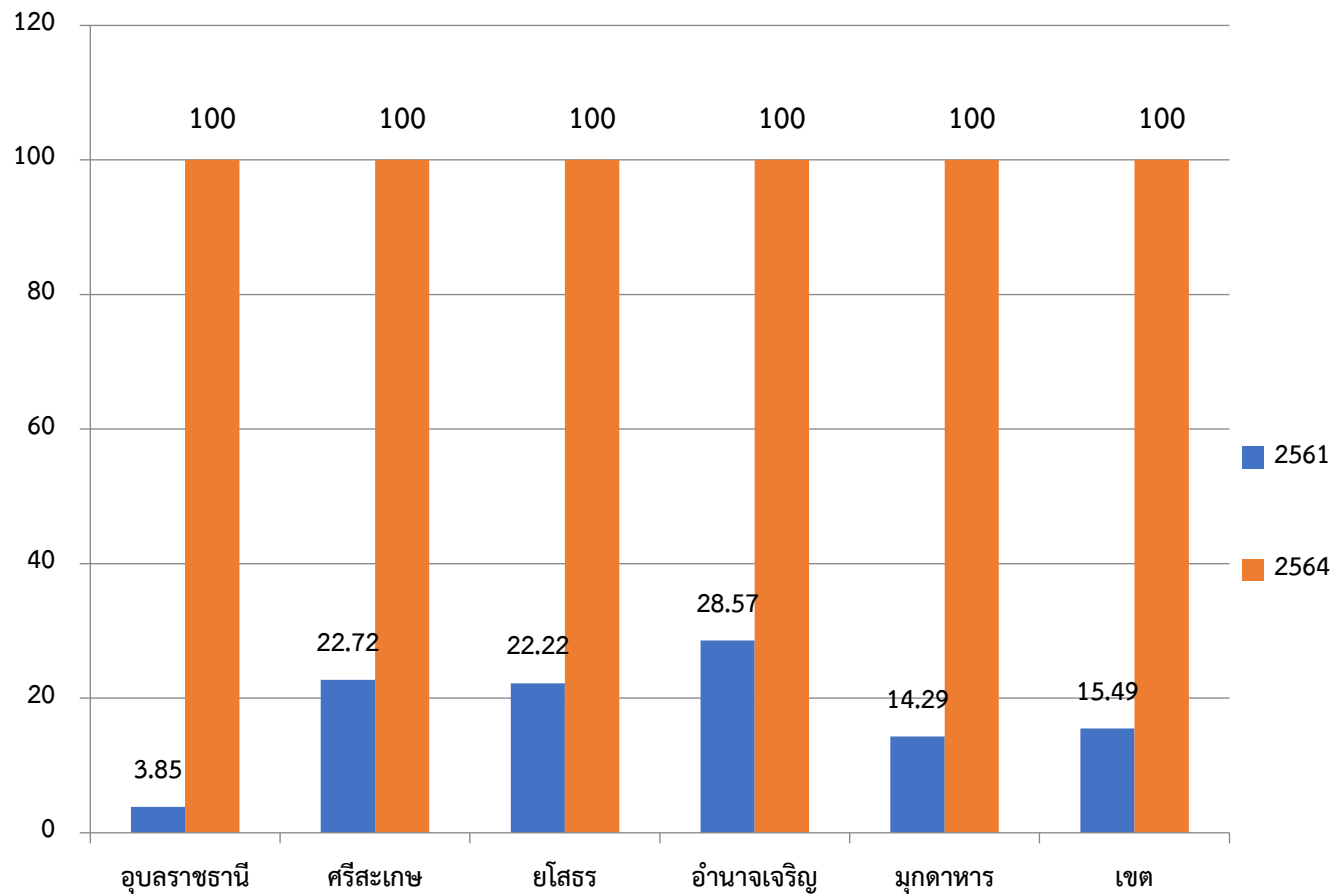
2. จำนวนโรงพยาบาลที่มี จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา และเภสัชกรเฉพาะทางด้านจิตเวช ในเขตสุขภาพที่ 10



อัตรากำลัง ภายหลังพัฒนาระบบ
ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เห็นความสำคัญ จัดส่ง
บุคลากรให้ได้รับการพัฒนาเพื่อ
ให้บริการในคลินิกจิตเวชเด็กและ
วัยรุ่นมากขึ้น

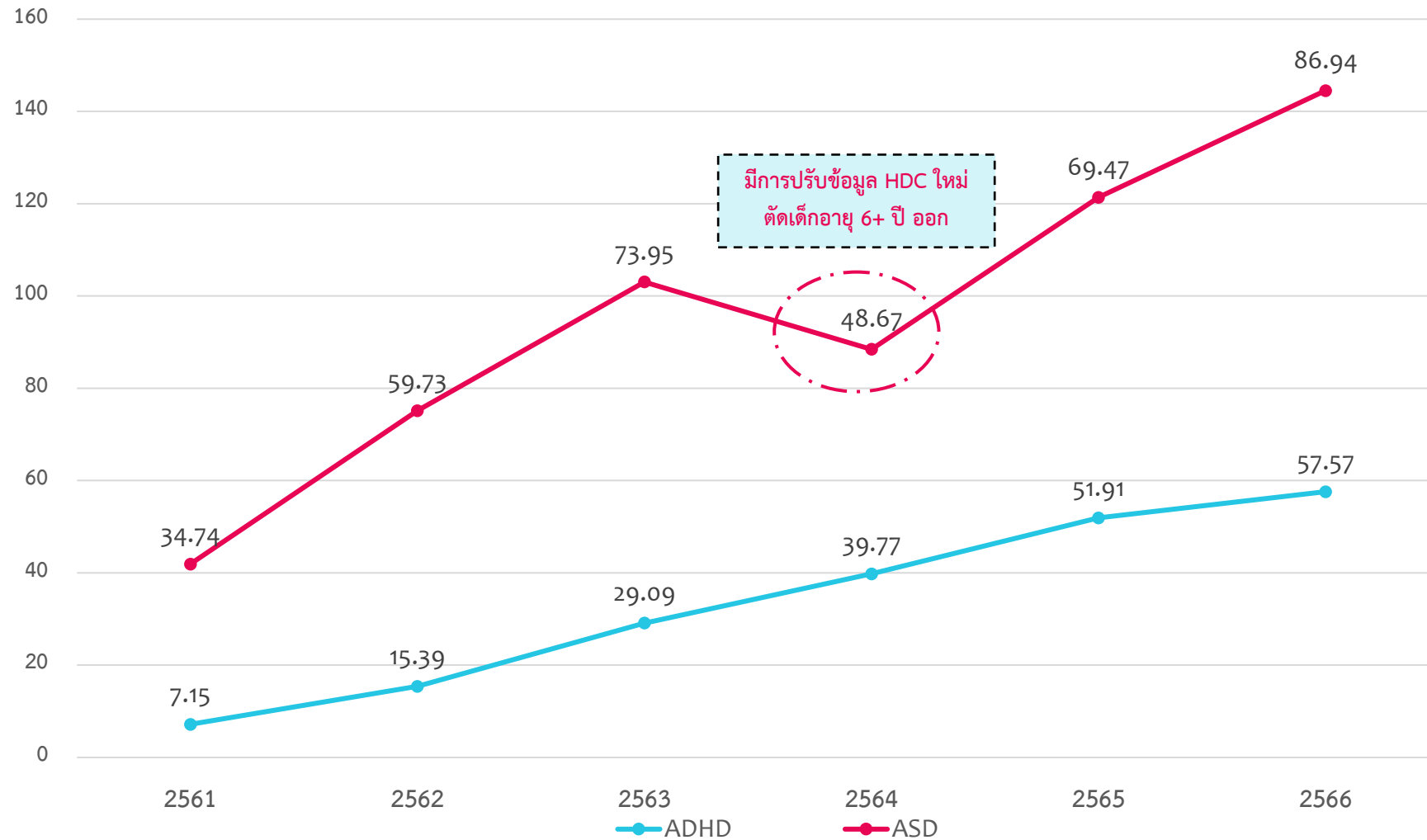
เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน
ดำเนินการในปี งบประมาณ 2561
อัตรากำลังในทุกวิชาชีพที่
เกี่ยวข้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง และชัดเจนใน
ปีงบประมาณ 2564

3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการรักษาโรคสมาธิสั้น (Menthylphenidate) ในเขตสุขภาพที่ 10



โรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบบริหารยาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คือ Methylphenidate ไม่ให้ขาดเพื่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีจำนวนผู้เข้าระบบการรักษาที่เพิ่มขึ้น และมีการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรในโรงพยาบาลเครือข่ายให้มีความรู้ในการบริหารยาและการจัดทำรายงานการใช้ที่ถูกต้องครบถ้วนไปด้วย

4. ร้อยละการเข้าถึงบริการโรคออทิสติก สมาธิสั้น ในเขตสุขภาพที่ 10



สรุปผล

การพัฒนาระบบเครือข่ายให้บริการของผู้ป่วยจิตเวชเด็กฯ ในเขตสุขภาพที่ 10

ใช้กรอบการพัฒนาด้วย 3 กระบวนการหลัก คือ

กระบวนการที่ 1 การพัฒนาระบบบริการและการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทีมในระบบบริการ

กระบวนการที่ 3 การติดตามประเมินผล

ทำให้เกิดเครือข่ายให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในระดับ รพท. รพช. ได้ ทุกแห่งในเขตสุขภาพ ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ADHD ASD ในเขตสุขภาพจิตที่ 10 เพิ่มขึ้น

การพัฒนาระบบนี้เป็นการพัฒนาระบบเพื่อเชื่อมต่อพื้นที่ที่ขาดจิตแพทย์เด็กฯ ช่วยให้แพทย์ทั่วไปสามารถตรวจวินิจฉัย รักษา โรคสมาธิสั้นได้

เด็กสมาธิสั้นได้เข้าถึงบริการ มีความสะดวก รวดเร็วในการรับการรักษา ลดระยะเวลาในการเดินทางและการรอคิวตรวจ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อันจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการป่วยต่อเด็กและผู้ปกครองต่อไป

การนำไปใช้



เป็นการพัฒนางานเพื่อลดปัญหาช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (Mental Health Gap) และจะช่วยลดปัญหาที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ซึ่งมักแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น ทั้งกรณีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การใช้ยาเสพติด พฤติกรรมเกราะก้าวร้าวรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การเรียน การเข้าสังคมอยู่ร่วมกับคนอื่น และเป็นการ **ป้องกันปัญหาซึมเศร้าฆ่าตัวตาย**

และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบการเข้าถึงบริการโรคอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น

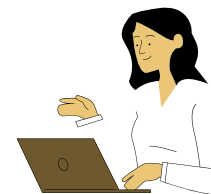


การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการ เช่นระบบบริการตรวจจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) หรือให้คำปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ (Line) สามารถเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการได้เพิ่มขึ้น รวดเร็ว ลดการรอคอย และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด 19

แพทย์ทุกโรงพยาบาลปรึกษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้



นำไปขยายผล/ต้นแบบ แก่เขตสุขภาพอื่นๆ ในการพัฒนาระบบบริการภายใต้การขาดทรัพยากรบุคคล (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลPGจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) มีการจัดสอนให้แพทย์สาขาอื่นสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ มีการจัดอบรมพยาบาลหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้นให้แก่พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลที่ขาดอัตรากำลังไม่สามารถส่งคนไปเรียน หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น(4เดือน)ได้



การดำเนินงานโดยใช้ปัญหาของพื้นที่เป็นฐาน เครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนางานจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน



ประโยชน์ต่อสังคม



มีรูปแบบการพัฒนาระบบ
เครือข่ายบริการสำหรับ
เด็กในพื้นที่ที่ขาด
ทรัพยากรบุคคลเฉพาะ
ทางด้านจิตเวชเด็กและ
วัยรุ่น



โรงพยาบาลระดับชุมชน
ขนาดเล็กสามารถให้การ
ตรวจวินิจฉัยและรักษาใน
พื้นที่ได้ จะช่วยลด
ค่าใช้จ่ายและระยะเวลา
ของครอบครัวในการ
เดินทาง และลดตราบาป
จากการมารับการรักษาที่
รพ.จิตเวช



ชุมชนได้รับความรู้
ความเข้าใจ ลดปัญหา
ตราบาปของโรคสมาธิ
สั้น และมีส่วนร่วมในการ
ค้นหาเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น



หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับ
การพัฒนาศักยภาพ มีทัศนคติที่
ดีต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่าง
ต่อเนื่อง และมีบทบาทในการ
ช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา
สมาธิสั้นให้ได้รับการดูแลอย่าง
เหมาะสม จะช่วยลดปัญหาที่มี
ความเสี่ยงในการเกิดปัญหา
อารมณ์และพฤติกรรมตามมา

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อ (Recommendations)



ควรมีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและ
ด้านการศึกษาในเขตสุขภาพให้มีการพัฒนา
ศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ
ดำเนินงานให้มีความรู้ มีทักษะมีทัศนคติที่ดี
ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอทุกปี



Service Delivery

- คัดกรอง/ประเมินตามแผนงานประจำอย่างต่อเนื่อง
- จุดเชื่อมประสานการทำงาน 3 ร.1ส. คือ รพ./รพ.สต./โรงเรียน/สสอ.
- คลินิกที่ให้บริการอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
- จัด Mobile Clinic ในรพ.สต./โรงเรียน
- ติดตามโดยระบบ 3 หมอ
- ให้คำปรึกษากับจิตแพทย์ ผ่าน TELE /LINE/โทรศัพท์ 24 ชม.



IT

- ผู้รับผิดชอบในคลินิกจิตเวชเด็กใน รพ./รพ.สต. ต้องเข้าใจการลงข้อมูลให้บริการ
- มีจุด monitor ข้อมูลที่จะต้องติดตามทุกสัปดาห์
- การนำส่งข้อมูลของ IT อำเภอ/จังหวัดต้องเป็นไปตามห้วงเวลาที่กำหนด



Governance



- กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนทุกระดับและการ monitor โดยผ่านคณะกรรมการ/rating/พขอ.
- MOU ร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

Drug & Equipment

มีเภสัชกรที่รับผิดชอบในคลินิกจะช่วยในการบริหารยาจิตเวชและให้คำแนะนำญาติ/ครูในการใช้ยาจิตเวชเด็ก



Health Workforce



- แพทย์/กุมารแพทย์ ให้การวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กได้
- พยาบาล PG เด็ก ที่สามารถมาทำงานเต็มเวลา (ทำงานรุกและรับ)
- เภสัชกรในการให้คำปรึกษาและบริหารยาจิตเวชเด็ก
- นักจิตวิทยาใน สพฐ. ในการรับประสานระหว่างกระทรวง
- อสม. ค้นหาและติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กป่วย ให้รับบริการต่อเนื่อง

Financial

ต้องมียกสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรในการใช้เครื่องมือประเมิน/การตรวจวินิจฉัยโรค/การลงข้อมูลที่ถูกต้อง/การติดตามเยี่ยม ทุกปี เนื่องจากมีข้อจำกัดการปรับเปลี่ยนคนในการรับผิดชอบงาน เช่น แพทย์ จนท.ใน รพ.สต./สสอ.และครู



Participation

การมีส่วนร่วมของ กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงศึกษาธิการ/อปท.โดยขับเคลื่อนผ่านระบบ พขอ./คณะทำงานเกี่ยวกับแม่และเด็ก ในระดับอำเภอ/จังหวัด/เขตสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องและผลักดันให้เป็นแผนงานในการดำเนินงานทุกปี





แผนพัฒนาสู่อนาคต

มีการวางแผนการติดตามประเมินผลการรักษา/วิจัย เชิงคุณภาพ ต่อเนื่อง ในระยะยาว เพื่อสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลต่อเนื้อที่มีประสิทธิภาพ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง การวัดผลการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น



Thank You