



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๕ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๑๑ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวพิมพ์รัช วัฒนศึกษา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๒๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๒๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	การให้บริการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้า : การให้คำปรึกษารายครอบครัว แบบผู้ป่วยนอก	การพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับครอบครัวเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
๒.	นายธนชัย จิตสวา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๑๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๑๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่น	การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชกลุ่มยา ความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๓.	นางอรพรรณ ประทุมรัตน์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๔๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๔๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิด หวาดระแวง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว	การให้คำปรึกษาแบบเน้นการปรับพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วย จิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๔.	นายพานทอง พรหมสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๗๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๗๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
๕.	นางสาวชุติมา ดาวล้อม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นซึมเศร้าทำร้ายตนเอง : กรณีศึกษา	แนวทางการบำบัดพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า ภายหลังจากการเผชิญบาดแผลทางจิตใจ ในอดีต ด้วยวิธี Stabilization Techniques

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางอรพรรณ ประทุมนันท์
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
ตำแหน่งเลขที่ 1097 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงาน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ มีดังนี้
 1. โรคจิตเภท
 2. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง
 3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะชนิดหวาดระแวง
 4. แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว
4. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการรู้คิด พฤติกรรม และอารมณ์ มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงาน และการเข้าสังคม โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization, 2018) ทั้งนี้ อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภท พบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2016) สำหรับในประเทศไทยทั่วประเทศ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 17.78 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อีกทั้ง สถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบผู้ป่วยที่มารักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 4,648 5,067 และ 4,703 ราย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2,468 2,614 และ 2,403 รายตามลำดับ โดยพบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เข้ารับการรักษามากเป็นจำนวนมาก

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ การดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) 2) ระยะอาการนำ (prodromal phase) 3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) และ 4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic/ residual phase) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) นอกจากโรคจิตเภทจะเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานแล้ว ยังเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงติดอันดับหนึ่งในสามของโรค

ที่มีผลทำให้เสียสมรรถภาพมากที่สุด (McGrath & Susser, 2009) นอกจากนี้ การมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเภทยังบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยลดอัตราการฟื้นตัว เพิ่มการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล การทำหน้าที่ทางจิตสังคมบกพร่องลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีความสำคัญ (ศิริจิต สุทธิจิตต์, 2560)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ถือว่ามีความเรื้อรังและรุนแรง ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ในทุกๆ ด้าน โดยในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป ในระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ที่เป็โรคจิตเภทเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 46.07 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และในจำนวนนี้มีสถิติการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2552) และมีการศึกษาถึงสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท พบสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ปัญหาการขาดยาทางจิตเวช และปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการใช้สารเสพติด จะเป็นตัวส่งเสริมให้อาการทางจิตกำเริบได้มากขึ้น เพิ่มการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลได้

แม้ว่าปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังพบอัตราการป่วยและการเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนี้ถือว่ามีความซับซ้อน และจะต้องมีความต่อเนื่อง โดยการรักษาพยาบาลในโรคจิตเภทปัจจุบันมีหลายวิธี บางครั้งจะต้องใช้การรักษาาร่วมกันหลายวิธีทั้งการบำบัดรักษาทางชีวภาพและการบำบัดทางจิตสังคม

จากสถิติดังกล่าวที่มีจำนวนและแนวโน้มที่สูงขึ้น และผลกระทบของโรคส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นทางผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาให้เกิดการพยาบาลที่ชัดเจนมากขึ้น จึงมีการศึกษาปัญหาจากกรณีศึกษาและนำมาบูรณาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาร่วมเป็นกรอบในการวางแผนพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยศึกษาในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบาดวิทยา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วยและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสม 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมีวิธีการเผชิญและจัดการกับอาการหวาดระแวงอย่างเหมาะสม 3) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การป้องกันอาการทางจิตกำเริบให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) เตรียมความพร้อมและวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ขั้นตอนในการดำเนินการ มีดังนี้ 1) สสำรวจข้อมูล ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง 2) ประเมินหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมบุคลากรทางการพยาบาล และคัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา 3) วางโครงเรื่องรวบรวมข้อมูล ศึกษาตำรา รายงาน และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนนำประสบการณ์

ในการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ 4) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขออนุญาตผู้ป่วยและญาติในการยินยอมให้
ผู้จัดทำศึกษาข้อมูลและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดทำเป็นกรณีศึกษา 5) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ
ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ 6) ประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต ผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยา และสรุปอาการที่ได้จากการประเมินเป็นระยะ 7) ศึกษาทฤษฎี รายงาน
ผลงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง 8) รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์
สรุปปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำมาวางแผนให้การพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนและ
มาตรฐานการพยาบาล 9) สรุปผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผล เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มี
ประสิทธิภาพมากขึ้น 10) เรียบเรียงและจัดพิมพ์รูปเล่ม

ในด้านการให้การพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลด้วยการประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยการ
ซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต แบบแผนสุขภาพ และการศึกษาเวชระเบียน
ผู้ศึกษาสรุปปัญหาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้อื่นและสิ่งของ เนื่องจากมีประวัติหงุดหงิด อาละวาด เมื่อผู้ป่วย
ได้รับการรักษาและการพยาบาลพบว่า ปัญหานี้หมดไป ผู้ป่วยไม่ก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นหรือทำลาย
สิ่งของ

2. มีภาวะหวาดระแวง เมื่อได้รับการรักษาและการพยาบาลพบว่า ปัญหานี้หมดไป โดยผู้ป่วยมีอาการ
หวาดระแวงลดลง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยปฏิเสธอาการหวาดระแวงน้องสาวและมารดา และ
ไม่มีความคิดและพฤติกรรมหวาดระแวงบุคคลอื่น

3. มีแนวโน้มกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เมื่อได้รับการพยาบาล
พบว่า ผู้ป่วยมีแนวทางในการเผชิญและจัดการปัญหา สามารถบอกวิธีการจัดการปัญหาได้ แต่ยังต้องติดตาม
ดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ

จากการศึกษากรณีศึกษารายนี้ ผู้ศึกษาได้เรียนรู้พยาธิสภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค อาการและ
อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะหวาดระแวง ซึ่งมีความยุ่งยาก
ซับซ้อนในการดูแล เพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและบุคลิกภาพจากการเจ็บป่วย
ด้วยโรคจิตเภทแล้ว ยังมีอาการหวาดระแวงซึ่งส่งผลกระทบต่อการควบคุมพฤติกรรมและการดูแลตนเอง
สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องใช้การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิต
สังคมร่วมกัน ทำให้ใช้เวลานานในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้อาการทุเลา นอกจากนี้ ผู้ศึกษายัง
ได้มีการประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พบว่า
สัมพันธภาพเป็นเครื่องมือในการประเมินและค้นหาข้อมูล เพื่อช่วยทำความเข้าใจต่อผู้ป่วย นอกจากนี้
สัมพันธภาพยังเป็นเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง ยอมรับสิ่งที่
เกิดขึ้นกับตนเอง จนสามารถตั้งศักยภาพของตนเองออกมาแก้ไขปัญหา และดูแลตนเองได้ การนำทฤษฎี
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวมาใช้ พยาบาลผู้บำบัดควรมีการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อสามารถ
ใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจผู้รับบริการ สามารถแยกแยะปัญหา ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

กับผู้รับบริการในแต่ละราย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล และประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน

1. ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญและจัดการกับอาการหวาดระแวงอย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ แม้จะมีอาการหวาดระแวงอยู่บ้างแต่อาการหวาดระแวงลดลง
4. ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหวาดระแวงในโรคจิตเภท มีแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน
5. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ลดการกลับป่วยซ้ำ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นกรณีตัวอย่างของการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหวาดระแวงในโรคจิตเภท ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบาดวิทยา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล
2. เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะหวาดระแวงร่วมด้วย ในหน่วยงานที่ปฏิบัติหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. เป็นแนวทางการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้สัมพันธภาพบำบัด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะหวาดระแวง ทำให้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ใช้ระยะเวลานาน ในการที่จะไว้วางใจผู้อื่นและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะใช้สัมพันธภาพบำบัดกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยคิดช้า ใช้เวลานานในการตอบคำถาม ซึ่งเป็นความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive) ที่อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทที่ป่วยมานาน ผู้ศึกษาต้องยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย มีความอดทน ให้อเวลาผู้ป่วยในการคิดและตอบคำถาม นอกจากนี้ พบว่าเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามด้วยการเขียน สามารถทำได้ดีกว่าการพูด สัมพันธภาพบำบัดระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยรายนี้จึงใช้การสื่อสารด้วยวิธีการพูดและเขียนประกอบกัน

9. ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง พบอาการทางจิตถึง 6 ปี การประเมินภาวะหวาดระแวงในผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องใช้การสัมภาษณ์ทางจิตเวช ทั้งจากผู้ป่วยและผู้ดูแล การตรวจสภาพจิต และทบทวนประวัติในเวชระเบียนประกอบกัน จะทำให้สามารถประเมินภาวะหวาดระแวงได้ชัดเจนมากกว่าการสัมภาษณ์หรือการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยเท่านั้น
2. ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาต่างๆ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทหวาดระแวงมากขึ้น แต่ผลการศึกษาที่แตกต่างกันไป และความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเภทและภาวะหวาดระแวงทำยังไม่มีที่เข้าใจดีนัก และการรักษา

ทั้งในด้านชีวภาพและจิตสังคมยังไม่มีการศึกษาขนาดใหญ่ที่ตีพอ การศึกษาเกี่ยวกับหวาดระแวงในโรคจิตเภท
ในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นในอนาคต

10. การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11.การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน 100%

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางอรพรรณ ประทุมนันท์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 1097 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงาน การให้คำปรึกษาแบบเน้นการปรับพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่

2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาความชุกของโรคจิตเภทในประเทศไทยในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15-19 ปี พบถึง 8.8 ต่อ 1000 ประชากร (Phanthunane et al, 2010) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรง มีการรับรู้ความเป็นจริงที่บิดเบือนไป โดยมีอาการทางบวก เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Campbell et al, 2013) ในปัจจุบันพบอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยทางจิตเวช (Zeidonis et al, 2008) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงถึง 75 - 90% การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สิ่งสำคัญต้องมีการสร้างแรงจูงใจและประเมินถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากในการบำบัดรักษาเพื่อลดความรู้สึกลอยการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ จัดการกับแรงกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการลดละเลิกบุหรี่ (Riggs, Hughes and Pillitteri, 2001) และจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง พบว่าผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่ร่วมด้วยจากปัญหาดังกล่าวผู้จัดทำได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่มีปัญหาติดบุหรี่ โดยนำรูปแบบของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่ได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรงและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล และเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมการเสียชีวิตที่เร็วขึ้นอีกด้วย (Brown et al, 2000) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูง (Campbell et al, 2013) จะมีการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (Heavy smoker) คือ มากกว่า 25 มวนต่อวัน พบว่ามีการสูบบุหรี่ถึง 50% ในผู้ป่วยจิตเภท (Winterer, 2010) ซึ่งถือว่าเป็นการสูบบุหรี่ในระดับที่ติด

มีการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่หนักจะส่งผลต่ออาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Allen et al., 2008) ดังนั้นการให้คำปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยในการลดการสูบบุหรี่ได้ โดยการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ จัดการกับแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการลดละเลิก บุหรี่ (Riggs, Hughes and Pillitteri, 2001) ตามแนวคิดของ Transtheoretical Model ของ Prochaska and Diclemente ที่อธิบายถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) คอยเสริมสร้างแรงจูงใจในแต่ละระยะ รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจนเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ฝึกทักษะของผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่ และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้คำปรึกษาแบบเน้นการปรับพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่

กลุ่มเป้าหมาย : จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD - 10) 2) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 มวนต่อวัน เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี 3) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ 4) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการและอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์การคัดออก 1) บกพร่องด้านสติปัญญา 2) มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้

ขั้นเตรียมการ 1) ประชุมคณะผู้ดำเนินงานเพื่อวางแผนงาน 2) ศึกษาและสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และเอกสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ 3) เขียนโครงการและวางแผนกิจกรรมการดำเนินงาน 4) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ในการดำเนินงาน 5) จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการปรับพฤติกรรมแบบเน้นการปรับพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่ โดยผู้ให้คำปรึกษา จะให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 7 ครั้ง จะเป็นการให้คำปรึกษาซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Transtheoretical Model ของ Prochaska and Diclemente ครั้งละ 60 นาที ในแต่ละครั้งจะมีการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และประเมินแบบประเมินต่างๆ ครั้งที่ 2 การให้ข้อมูลโดยการให้ข้อมูลองค์ความรู้ ประโยชน์ การสร้างแรงจูงใจ ชี้ให้เห็นถึงอันตรายหรือความเสี่ยง ครั้งที่ 3 การสร้างจิตสำนึก โดยส่งเสริมการตัดสินใจ การแก้ปัญหาโดยระบุถึงพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 4 การประเมินถึงความรู้สึกละอายต่อการสูบบุหรี่ การอภิปรายถึงถึงวิธีการแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม ครั้งที่ 6 การประเมินตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจและการสะท้อนกลับ ครั้งที่ 7 การประเมินผลโครงการ

ขั้นติดตามประเมินผล ติดตามประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการ 4 สัปดาห์

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับความรู้สึกอยากบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งนำไปสู่การลด ละ และการเลิกสูบบุหรี่
- 2) ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ลดการเกิดโรคแทรกซ้อนทางกาย และอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงได้
- 3) ได้รูปแบบที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ติดบุหรี่เพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
- 4) ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลลดลง

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) ร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น
- 2) ร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น
- 3) ร้อยละ 90 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดปริมาณในการสูบบุหรี่ลดลง