



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการ ให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปึงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปึงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

นายสมบุญ ทรมสตา

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

อธิบดีราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๔
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางมณีนุช ตุนสันเทียะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๓๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๓๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา : กรณีศึกษา สัปดาห์ของผลงานร้อยละ ๑๐๐	การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย โรคจิตเภท
๒.	นางสาวเพ็ญภา พนมขุนทด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สุราร่วมด้วย : กรณีศึกษา สัปดาห์ของผลงานร้อยละ ๑๐๐	การเสริมสร้างแรงจูงใจการเลิกดื่มสุรา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
๓.	นายธงชัย แดงช่วย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๕๑๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๑๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิด และพยายามฆ่าตัวตาย ในกรณีที่มีและ ไม่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช สัปดาห์ของผลงานร้อยละ ๑๐๐	โครงการป้ายชื่อสื่อทุกระดับเพื่อพัฒนา การดูแลรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินตามความเร่งด่วน



ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางมณีนุช ตุนสันเทียะ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 3738 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา : กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง ธันวาคม 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในชุมชน และมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผ่านการอบรมการบำบัดทางจิตสังคมทั้ง รูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ การบำบัดรายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิด Recovery การบำบัดรายกลุ่ม ผู้ป่วยสารเสพติด แบบ ICOD-R และการบำบัดรายบุคคลผู้ป่วยสารเสพติดแบบ MET, BA/BI มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน 9 ปี ผู้ศึกษาปฏิบัติงานโดยตรงกับ กลุ่มผู้ที่สำคัญ คือผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาล และผ่านการอบรมสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสอนงานจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางจิตสังคม นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 24 ล้านคนทั่วโลก หรือ 1 ใน 300 ของคนทั่วโลก (ร้อยละ0.32) โดยพบว่ามีอัตรา 1 ใน 222 ของคนทั่วโลกเป็นวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ0.45) และจากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ปี 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยที่รับบริการแบบ ผู้ป่วยนอก และบริการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล บริการแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 30.80, 29.63 และ 28.06 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.51, 44.08 และ 40.10 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์, 2567) การดำเนินโรคส่วนใหญ่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาด มีความเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้สารเสพติด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการขาดแหล่งสนับสนุนในครอบครัว (Xiao et al., 2015) ซึ่งการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การรักษาด้วยยา ทั้งชนิดรับประทาน ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์สั้น ออกฤทธิ์เนิ่น โดยยาจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในภาวะสมดุล สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน หรือบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต นอกจากการรักษาด้วยยา ต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยเพื่อช่วยเสริมทักษะด้านสังคม และช่วยให้

มองเห็นความบกพร่องที่เกิดจากอาการของโรคจิตเภท จะช่วยเสริมทักษะด้านสังคม และช่วยให้มองเห็นความบกพร่องที่เกิดจากอาการของโรคจิตเภท พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ไม่เกิน 6 เดือนและจะมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาลับในโรงพยาบาล (Sariah et al., 2014) จากสถิติการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 180 วัน ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 3.82, 3.08 และ 2.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2567) จากสถิติการให้บริการเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2567 ของหอชัยพฤกษ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือขาดยา ร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย คิดว่าอาการหายดีแล้ว ขาดแรงจูงใจ เปื่อหน่วยการรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน กลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองป่วยรักษาอาการทางจิตเวช ทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลังร่วมด้วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เปื่อหน่วย อายเพื่อนบ้าน หวาดกลัวผู้ป่วย กังวลกลัวผู้ป่วยทำร้าย ทะเลาะจากการบอกให้ผู้ป่วยรับประทานยา

จากเหตุดังกล่าวในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้เล็งเห็นความสำคัญต่อพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงสนใจการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาอย่างประสิทธิภาพ ลดการกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล และเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเกี่ยวกับการไม่รับประทานยา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. พบผู้ป่วยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ อธิบายความเข้าใจตกลงร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอม และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา โดยผู้ศึกษาแจ้งประโยชน์ที่จะได้รับ
3. รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์จากผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้และทีมพยาบาล
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา
5. วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ จากนั้นรวบรวมข้อมูล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
7. วางแผนการดูแลระยะยาวสู่ชุมชน
8. รวบรวมเอกสารและจัดทำเป็นรูปเล่ม

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 2. เพื่อรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกาย การประเมินสภาพจิต การวิเคราะห์ การระบุปัญหา พร้อมทั้งการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้กระบวนการพยาบาล
- 5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของคน

เอง เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ภายใน 180 วัน สามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้

2. ญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท อาการของโรค การเฝ้าระวัง การสังเกตสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยารายอื่นที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้

ผลกระทบ

ไม่มี

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย คิดว่าอาการหายดีแล้ว ร่วมกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลังร่วมด้วย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จึงต้องครอบคลุมปัญหามีอาการทางจิต ปัญหาการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง ตลอดจนปัญหาความเครียดของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่มี

9) ข้อเสนอแนะ

ควรมีรูปแบบในการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร่วมกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลังร่วมด้วย เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และการเลิกใช้สารเสพติด และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้สารเสพติด

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางมณีนุช ตุนสันเทียะ	100	

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้ หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีส่วนร่วมนำรายได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางมณีนุช ตุนสันเทียะ

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 3738 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
ภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 24 ล้านคนทั่วโลก หรือ 1 ใน 300 ของคนทั่วโลก (ร้อยละ 0.32) โดยพบว่ามีอัตรา 1 ใน 222 ของคนทั่วโลกเป็นวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 0.45) และจากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปี 2565 - 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก และบริการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล บริการแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 30.80, 29.63 และ 28.06 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.51, 44.08 และ 40.10 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2567) การดำเนินโรคส่วนใหญ่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาด มีความเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 (พิเชฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้สารเสพติด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการขาดแหล่งสนับสนุนในครอบครัว (Xiao et al., 2015) ซึ่งการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในภาวะสมดุล สามารถควบคุมอาการของ โรคได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จากสถิติการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 180 วันของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ปี 2565 - 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.82, 3.08 และ 2.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2567) จากสถิติการให้บริการเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567 ของหอผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประวัติมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือขาดยา ร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย คิดว่าอาการหายดีแล้ว ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่ายการรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน กลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองป่วยรักษาอาการทางจิตเวช ทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลังร่วมด้วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เบื่อหน่ายอายเพื่อนบ้าน หวาดกลัวผู้ป่วย กังวลกลัวผู้ป่วยทำร้าย ทะเลาะจากการบอกให้ผู้ป่วยรับประทานยา จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Phan, 2016) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011) การให้สุขภาพจิตศึกษานั้นมีประโยชน์ และยั่งยืนนานมากกว่า 7 ปี (Prasko et al., 2011)

จากสภาพปัญหา ผลกระทบและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษามาใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับไว้รักษา เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึง

ประสงค์ที่เกิดจากโรค และยาที่ใช้ได้อย่างรวดเร็ว เกิดความตระหนักในการให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคจิตเภทที่การดำเนินโรคส่วนใหญ่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาด มีความเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งจะเสื่อมลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่มีการกำเริบ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในภาวะสมดุล สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองป่วยรักษาอาการทางจิตเวช แรงจูงใจในการรับประทานยาลดลง เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยมักเข้าใจผิดว่าหายจากโรคแล้ว สามารถหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตได้ เกิดพฤติกรรมหยุดยา ทิ้งยา หรืออาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจึงเลือกรับประทานยาแค่บางชนิด ส่งผลให้การรักษาอาการทางจิตไม่มีประสิทธิภาพ อาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคจิตเภทต้องมีความรู้เรื่องโรค และการรักษาโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการจัดการกับอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

แนวความคิด

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1980) เป็นการสร้างความเข้าใจที่มีโครงสร้างและระบบที่ชัดเจนแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับลักษณะอาการ อาการเตือน สาเหตุ รวมถึงการดูแลรักษาโรคหรือภาวะที่บุคคลนั้นๆ กำลังประสบอยู่ ทั้งนี้เป็นการช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกที่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากขึ้น ได้มีการนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในกระบวนการการบำบัดด้านจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายขึ้น เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ฯลฯ มีการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เหมือนเดิมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ซึ่งผลที่ได้คือผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น สามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากโรค และยาที่ใช้ได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทของอินทกานต์ สุวรรณ และสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2020) ตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) 4) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill) และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และยาวนาน อีกทั้งการดำเนินการของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป จึงมีความเสื่อมต่างๆ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการรู้คิด รวมทั้งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย คิดว่าอาการหายดีแล้ว แรงจูงใจในการรับประทานยาลดลง

แนวทางแก้ไข

ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจ เห็นใจ ยอมรับไม่ตัดสิน หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย และเป็นผู้ฟังที่ดี ผู้บำบัดต้องคอยกระตุ้นเชื่อมโยงความคิด ให้ข้อมูล สอน ชี้แนะให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา ผลที่เกิดจากการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และการ

แก้ไขปัญหามาจากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทักษะและสามารถเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแรงจูงใจและเกิดความตระหนักในการให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้ตามศักยภาพ โดยมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 180 วัน ด้วยพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล