



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 ๕ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ เมษายน ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๑.	นายชาญณรงค์ กางจันทา ตำแหน่งเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๗๗ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งเทคโนโลยีสารสนเทศชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๗๗ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พัฒนาระบบขอใช้บริการทั่วไป (FM-IT-002) ภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	ระบบขอใช้บริการทั่วไป (FM-IT-002) ภายใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๒.	นางสาวโสภิตา สามารถ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๘๔ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๘๔ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาแนวทางการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐)	การพัฒนาระบบเรียกเก็บ API E-Claim ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
๓.	นางสาวปรีชญา เจริญศรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	โครงการพัฒนาความรู้ และทักษะของ บุคลากรเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๔.	นางสาววาสนา ดวงศิริ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI - V): กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI - V) จากการดื่มสุรา
๕.	นางสาวอังศุมน พืชมงคลกลาง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๒๖ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๒๖ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ การรักษาด้วยไฟฟ้า : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อลดความกังวลในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาววาสนา ดวงศิริ
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 1940 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล
หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V): กรณีศึกษา
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 27 พฤษภาคม – 29 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาศึกษาผู้ป่วย 33 วัน
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5 – 1.0 ของประชากรทั่วไป (เสาวลักษณ์ สุวรรณมิตร และคณะ, 2560) อาการของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกประกอบด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน และความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรม ในขณะที่อาการทางลบประกอบด้วยอาการพูดน้อย การแยกตัว อารมณ์เฉยเมย และการขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการดูแลตนเอง (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) จากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วย 284,273 ราย 314,250 ราย และ 299,771 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2566) ในทางเดียวกัน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์รายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 21,134 ราย 19,253 ราย และ 20,045 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2566) และพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูง ถึงระดับร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีจำนวนสะสมทั้งหมด 12,024 ราย 13,425 ราย และ 15,162 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้แก่ การเป็นเพศชาย การได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท โรคจิตจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ประวัติการใช้ความรุนแรง การใช้ชีวิตเร่ร่อน และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2559; พิณณัฐ ศรีหารักษา, 2566) ผลกระทบจากพฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังมีผลต่อญาติและสังคมโดยรวมอีกด้วย

ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 290, 86 และ 65 รายตามลำดับ การศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการจิตเวชฉุกเฉินในช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V) จำนวน 58 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 49.79 ปัจจุบัน กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้ดำเนินกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การประเมินระดับความรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) และให้การบำบัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้ข้อมูล

และการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงครอบครัวบำบัด อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง ใช้สุราและสารเสพติด รวมไปถึงการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องการการพัฒนากระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงในชุมชนและสังคม การบำบัดและการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาและการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2564 - 2566 แบ่งตามรายโรคพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวน 290, 86 และ 65 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการงานบริการจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก ช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI - V) จำนวน 58 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 49.79 ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงคือ ประเมินระดับความรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) และให้การบำบัดตามสภาพปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้ข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและญาติ ครอบครัวบำบัด แต่ยังไม่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง ใช้สุราและสารเสพติด การไม่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง

จากความสำคัญและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา กรณีศึกษาผู้ป่วยมีประวัติใช้มีดฟันคนอื่นได้รับบาดเจ็บ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติหวาดกลัวต้องออกไปอยู่ทีอื่น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้โดยการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาเริ่มศึกษาผู้ป่วยในขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม - 29 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาศึกษาผู้ป่วย 33 วัน และได้ติดตามเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยต่อเนื่องที่ศึกษาผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 5 ครั้ง ที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ครั้ง (แรกรับและหลังจำหน่าย) กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัด 1 จำนวน 3 ครั้ง และให้การพยาบาลร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิด

ของเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และอุษา ลิมชี้ว (2560) จำนวน 4 ครั้ง เพื่อช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ในระยะยาว

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรับประทานยา ไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงซ้ำ ญาติมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือรับประทานยา มีระดับแรงจูงใจในการรับประทานยาดีขึ้น ได้แก่ แกร็บอยู่ในชั้นบันไดที่ 3 คือ ชั้นล้างจานและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลงภายหลังบำบัด 1 สัปดาห์ อยู่ชั้นบันไดที่ 7 ขึ้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง และภายหลังบำบัด 1 เดือน อยู่ชั้นบันไดที่ 9 ขึ้นกระทำการเปลี่ยนแปลงหรือลงมือปฏิบัติรับประทานยาต่อเนื่อง และภายหลัง 1 เดือน ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ทำงานได้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความรับผิดชอบในการจัดยาเอง รับประทานยาและมาตามนัดต่อเนื่อง ภรรยาและลูกชายภูมิใจในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

ต่อตัวผู้ป่วยและญาติ

1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงซ้ำ
2. ผู้ป่วยและญาติมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากพฤติกรรมก่อความรุนแรงของผู้ป่วย
3. ญาติเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน

การก่อความรุนแรง สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน

ต่อตัวผู้ศึกษา

1. ผู้ศึกษาได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อหน่วยงาน

1. ได้แนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2. พยาบาลเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานที่เป็นผลมาจากการมีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผลกระทบ

1. ควรมีการติดตามประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมรับประทานยา การมาตามนัดต่อเนื่องระยะยาวภายใน 3 เดือน เพื่อติดตามการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน และติดตามความยั่งยืนของการบำบัด

2. ควรนำแนวทางการพยาบาลร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลรายอื่นๆ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่จะขาดแรงจูงใจ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หงุดหงิดให้ญาติที่พามาโรงพยาบาล ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งที่ยุ่งยากและซับซ้อนในการให้การพยาบาล และการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยคือ การประเมินอาการ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล ซึ่งจะต้องรวดเร็วและถูกต้อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาล ต้องมีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วย ขณะดำเนินการและจัดการเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ดี สามารถยืดหยุ่นดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรม คือการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกต้องใช้เวลาสั้นเพื่อไม่ให้มีผลกระทบ ต่อการบริการอื่นๆ ของผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทายาต่อเนื่องสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภท ไม่สามารถบำบัดได้สิ้นสุดในครั้งเดียว ผู้ศึกษาจึงใช้การนัดหมายการบำบัดในผู้ป่วยเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในการบำบัด

9) ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมคือ ไม่ร่วมมือในการรับประทายา มีสาเหตุ จากการขาดยาคิดว่าหายจากการเจ็บป่วยจึงหยุดยาเอง มีอาการผลข้างเคียงของยา ขาดแรงจูงใจในการรับประทายา รูปแบบการให้การบำบัดเป็นรายบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนัก มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่จะรับประทายาต่อเนื่อง ก่อนใช้โปรแกรมนี้ควรประเมินขั้นความพร้อมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อยู่ในระดับขั้นลั้งเล เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความพร้อมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง จึงจะทำความร่วมมือ และการดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาววาสนา ดวงศิริ	100	กนก กนก ๑

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้ หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีส่วนรวมรายใดได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอ ประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาววาสนา ดวงศิริ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 1940 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงานเรื่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V) จากการดื่มสุรา

2. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชชนิดที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวช จากสถิติผู้รับบริการหน่วยงานในกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของโรค ที่มารับบริการทางจิตเวชทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวน 284, 273 ราย 314, 250 ราย และ 299,771 ราย ตามลำดับ ในส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 21,134 ราย 19,253 ราย และ 20,045 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2566) ผู้ป่วยจิตเภท จะมีอาการแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูด และพฤติกรรม อาการทางลบ ได้แก่ พุดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจ/แรงจูงใจในการทำกิจกรรม รวมถึงการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปรโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่หลังจากรักษาอาการทุเลาลงผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมักจะมีอาการทางจิตกำเริบ อยู่เป็นระยะๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะทุพพลภาพได้ในอัตราที่สูง ซึ่งปัญหานี้จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดร่วม อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในด้านต่างๆ ที่มีความเสี่ยงมากขึ้นตามมาได้ (Herzog, A. E., 2014) จากการรวบรวม ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI – V) ของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2558 – 2563 พบว่ามีจำนวนสะสม 13,194 ราย แบ่งตาม โรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 43.22 (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการ รุนแรงนั้นมีความยุ่งยากต่อการนำผู้ป่วยเข้ารักษา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสก่อความรุนแรงซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อนสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้สารเสพติดและสุราเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำได้เร็วขึ้น ซึ่งปัญหา การดื่มสุราเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย โดยพบความชุกปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.5 และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันในอัตราที่สูง ทำให้เกิดความรุนแรง ของโรคจิตเภทสูงขึ้นร้อยละ 64.8 (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557) จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง ได้แก่ การทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น ซึ่งเกิดจากขาดการรักษาและขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดื่มสุราซ้ำ อาการกำเริบจึงต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า

ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวน 661, 314 และ 619 ราย ตามลำดับ ซึ่งแบ่งตามรายโรคพบมากที่สุดคือผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวน 290, 86 และ 65 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2566) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานบริการจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก เดือนมีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V) จำนวน 58 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 49.79 (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2566) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำคือ ขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดที่พบว่ามีปัญหามากที่สุดคือการดื่มสุรา กลับไปดื่มสุราซ้ำ ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง คือ ประเมินระดับความรุนแรง (PVSS) และให้การบำบัดตามสภาพปัญหาผู้ป่วย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครอบครัวยุติบาป ส่วนมากจะทำในรูปแบบรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งยังไม่พบรูปแบบการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา และยังพบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ ด้วยปัญหาเดิมๆ คือ ขาดยา กลับไปดื่มสุรา และก่อความรุนแรงซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องของการรับรู้สติปัญญา ความใส่ใจและสมาธิการเชื่อมโยงความคิดที่เป็นเหตุผล ทักษะการจัดการปัญหาการขาดเป้าหมายในชีวิตและขาดแรงจูงใจ

ดังนั้นในฐานะพยาบาลจิตเวชที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการให้การบำบัดทางจิตสังคมได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเหล่านี้ จึงมีความสนใจในการทำโครงการการเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา โดยจะดำเนินกิจกรรมรูปแบบกลุ่มเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มีผู้รับบริการจำนวนมากและต้องการความรวดเร็วในการบริการ และการใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม เพิ่มการยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุราในครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย และปรับปรุงคุณภาพระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราและร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยสอดคล้องตามภารกิจของหน่วยงาน

3. บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชชนิดที่พบบ่อย มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมักจะมีอาการทางจิตกำเริบอยู่เป็นระยะๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะทุพพลภาพได้ในอัตราที่สูง ซึ่งปัญหานี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วม (Herzog, A. E., 2014) ทำให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ ที่มีความรุนแรงมากขึ้นตามมา ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การใช้สารเสพติดและสุราเป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการดื่มสุราเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยที่สุดและส่งผลต่อการเกิดความรุนแรงของโรคจิตเภทได้สูง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรงสะเทือนขวัญ เกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึก

หวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ซึ่งเรียกว่า “ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI – V)” (กรมสุขภาพจิต, 2563) นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการบำบัดรักษาลดลง เช่น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับที่ต่ำ และการบำบัดรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพลดลง จนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับความกดดันทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการได้รับสิ่งกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความอยากดื่มสุรา และการมีแรงจูงใจภายในตัวบุคคลลดลง ซึ่งจะส่งผลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้จะดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ของกฤตยา แสงทรัพย์ และคณะ (2562) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุราจะช่วยลดการแยกตัวทางสังคม เกิดการยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ การเพิ่มระดับแรงจูงใจและผลักดันให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดหรือหยุดการดื่มสุราลงได้ ป้องกันอาการทางจิตกำเริบและป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำได้

3.2 แนวคิด

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนางานครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา และแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสรุปรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ (มันทนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มีอาการเป็นๆ หายๆ (World Health Organization, 2016) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูดและพฤติกรรม อาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความสนใจ/แรงจูงใจในการทำกิจกรรมรวมถึงการดูแลตนเอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การรักษาโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และอุษา ลิ้มชีวะ, 2560) ผู้ป่วยจิตเภทพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI – V) มีลักษณะของความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงนั้นมีความยุ่งยากต่อการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสก่อความรุนแรงซ้ำ และกลับมารักษซ้ำ

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท เป็นโรคจิตจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีประวัติเคยใช้ความรุนแรงมาก่อน การใช้ชีวิตเรื้อรัง ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ใช้ความรุนแรง ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ตระหนักรู้ ถึงความเจ็บป่วย และการเข้าถึงบริการได้น้อย (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2559; พิณณัฐ ศรีหารักษา, 2566) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จะส่งผลกระทบให้เกิดอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติ ญาติมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา รู้สึกหวาดกลัว อับอาย มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบต่อสังคมคือ การสร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกอาวุธหรือทำลายสิ่งของ และผลกระทบต่อประเทศก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (อรพรรณ สุนทวง, 2566) ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและสังคม

3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI – V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน (กรมสุขภาพจิต, 2563) แบ่งตามวินิจฉัยโรคจะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทพบอันดับ 1 ในบรรดาโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้เกิดความหวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ

เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำหรือไม่กำเริบซ้ำ 3) ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก มีขั้นตอน ดังนี้

1) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก หรือห้องฉุกเฉิน พยาบาลซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยว่าเป็น SMI – V หรือไม่ หากเป็นผู้ป่วย SMI – V แล้วให้คัดกรองพฤติกรรมรุนแรงตามเกณฑ์คัดกรอง SMI – V 4 ข้อ ลงทะเบียนและทำสัญลักษณ์ผู้ป่วย SMI – V ที่เวชระเบียน และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย SMI – V ในโปรแกรม/ระบบข้อมูลของหน่วยงานกำหนดไว้

2) พยาบาลประเมินระดับพฤติกรรมความรุนแรงและอาการของผู้ป่วย SMI – V โดยใช้แบบประเมิน OAS หรือ แบบประเมินระดับความรุนแรง PVSS

3) แพทย์ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา พิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

4) กรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ/สหวิชาชีพจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow – up) และเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย

3.2.3 แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาก่อให้เกิดการสนทนาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาศัยสัมพันธภาพและทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการศึกษาก่อเกิดความเข้าใจในปัญหาและสามารถหาทางออกอย่างสร้างสรรค์ได้ด้วยตนเอง สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560) โดยผู้บำบัดเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรามีความบกพร่องเรื่องความคิด และการสื่อสาร การขาดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา และไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ควรใช้เทคนิคที่สั้น ไม่มีแบบแผนมากเกินไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ปัญหาตนเอง มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น เทคนิคและทักษะที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 1) DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย (Avoid argumentation) การเคลื่อนไหวไปตามแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Roll with resistance) การแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้ป่วย (Express empathy) และการสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย (Support self – efficacy) 2) OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open – ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarizing) 3) FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และจำเป็น (Advice) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพด้วยการให้ความหวัง และกำลังใจ (Self – efficacy)

การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา จะช่วยให้เกิดการช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจกันและกันภายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดื่มสุรา ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราได้เร็วมากขึ้น และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหยุดดื่มสุราได้อย่างถาวร ส่งผลให้อาการทางจิตลดลง ป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำได้

การพัฒนางานครั้งนี้ผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้บำบัดเป็นพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ได้เลือกใช้วิธีการบำบัด ให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยนอก ได้นำรูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของกฤตยา แสงทรัพย์ และคณะ, 2558) มาประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง DARES, OARS และ FRAMES กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหยุดดื่มสุรา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุราได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถหยุดดื่มสุราได้ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งจะดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ป้องกันอาการทางจิตกำเริบและป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำได้ในระยะยาว

3.3 ข้อเสนอ

วิธีดำเนินการในการพัฒนา/แก้ไขปรับปรุงงาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราของกฤตยา แสงทรัพย์ และคณะ, 2558) มาประยุกต์กิจกรรมในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการบำบัดจนครบกระบวนการทั้ง 4 ครั้ง ผู้ศึกษาได้มีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง โดยครั้งสุดท้ายจะนัดตรงวันที่ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์ และให้การบำบัดต่อและประเมินผลการบำบัด ในการพัฒนางานครั้งนี้มี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

- ประชุมชี้แจงการดำเนินการกับหัวหน้าหน่วยและบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก
- ทบทวนองค์ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา

การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

- เตรียมสถานที่ คือ ห้องกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V) และมีประวัติประวัติดื่มสุรา จำนวน 8 คน

2. มีขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำกว่าขั้นที่ 5 (ขั้นลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
3. มีอาการทางจิตสงบ BPRS $\leq$ 36 คะแนน

คุณสมบัติบุคลากรที่ดำเนินงาน

1. เป็นพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านการศึกษาและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดมากกว่า 5 ปี

สถานที่ดำเนินโครงการ

ห้องกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

1. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได พัฒนาโดยบีเนอร์และอาดัม (Biener & Adam, 1991; อ้างในสุปราณี พลไชย, 2559) มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้นของระยะการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ก = ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือขั้นเฝ้าเฉย (Pre – Contemplation)

ข = ขั้นบันไดที่ 1 – 2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ (Contemplation)

มีเฝ้าเฉยร่วมกับความลังเลใจเล็กน้อย

ค = ขั้นบันไดที่ 3 – 5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือขั้นลังเลใจ (Contemplation)

มีความลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

ง = ขั้นบันไดที่ 6 – 8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation)

จ = ขั้นบันไดที่ 9 – 10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต (2563) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ซึ่งมีคุณสมบัติข้อ 1 – 10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11 – 18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมด 18 – 126 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

19 – 36 คะแนน หมายถึง ช่วงที่มีอาการทางจิตสงบหรือไม่รุนแรง

37 – 126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

2. ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประเมินอาการทางจิตผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อยเพื่อคัดกรองเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินระดับแรงจูงใจก่อนให้การบำบัด

2. ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI – V) จากการดื่มสุรา สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ และสะท้อนให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจ การยอมรับและสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย การประเมินแรงจูงใจ การชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ และการสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ครั้งที่ 3 การกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย การประเมินแรงจูงใจ และสร้างแนวทางในการกำจัดอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ครั้งที่ 4 การสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย การประเมินแรงจูงใจ และการเสริมสร้างความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

3. ขั้นตอนประเมินผล ประกอบด้วย

1. ประเมินทัศนคติและความร่วมมือในการบำบัด โดยประเมินจากการสังเกตและสอบถามผู้ป่วย จิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีความสนใจ ตั้งใจ สามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้ถูกต้อง

2. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจแบบขั้นบันได ประเมินก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม

3. การประเมินผลหลังการบำบัด โดยประเมินติดตามการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด

1. การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุราซึ่งเป็นปัญหาทางการดูแลรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน เนื่องจากลักษณะที่เป็นเฉพาะโรคของผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดด้านความบกพร่องของสติปัญญาความจำ และสมาธิ

2. การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา ไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นในครั้งเดียวได้ และผู้ป่วยอยู่ต่างอำเภออาจไม่สะดวกเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 4 ครั้ง การใช้เวลาในการเข้ากลุ่มนานเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อ ไม่มีสมาธิ ในการเข้าร่วมกิจกรรม อาจส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการเสริมสร้างแรงจูงใจไม่ดีพอ

แนวทางการแก้ไข

1. การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรมีขั้นตอนชัดเจน เนื้อหาไม่มาก ใช้ภาษาเข้าใจง่าย ตรงไปตรงมา การสะท้อนข้อมูลและพฤติกรรมผู้ป่วยควรเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวที่เกิดกับผู้ป่วยจริง
2. การประเมินผู้ป่วยใช้แบบประเมิน BPRS มาช่วยในประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนการบำบัด
3. เลือกกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตอำเภอเมือง หรืออำเภอใกล้เคียง ก่อนให้การเสริมสร้างแรงจูงใจชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ วัตถุประสงค์ รูปแบบการทำกิจกรรม การตกลงบริการ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ยืดหยุ่นกิจกรรม แต่ละครั้งดำเนินกิจกรรมให้เสร็จสิ้นประมาณ 60 นาที
5. ใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันและกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมจนครบทั้งกระบวนการ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ต่อตัวผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา
2. ผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุรา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ต่อตัวผู้ศึกษา

ผู้ศึกษาได้พัฒนาความรู้ ทักษะ การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุรา

ต่อหน่วยงาน

การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการดื่มสุราแบบผู้ป่วยนอก สามารถพัฒนาและนำไปใช้บำบัดในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากดื่มสุรา มีแรงจูงใจสูงขึ้นกว่าก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากดื่มสุราไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากดื่มสุราไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100
4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากดื่มสุรา มีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลง ร้อยละ 80