



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการ ให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๗
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๗/๒๕๖๗

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอ ขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิด เพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวยุวดี พินลานทุ่ม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๖๑๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๖๑๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง : กรณีศึกษา	การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการ ก่อความรุนแรง
๒.	นางสาวปณิดา วงศ์ภักดี ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๑ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจอำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๑ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจอำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	ระบบบันทึกข้อมูลการฝึกอบรมของบุคลากร โรงพยาบาลศรีธัญญา	คู่มือแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตาม สายงานวิชาชีพของบุคลากรโรงพยาบาล ศรีธัญญา

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวยุวดี พินลานทุ่ม

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 2614 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก
กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง: กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 08 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 07 มีนาคม 2567 (59วัน)

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness With High Risk To Violence : SMI-V) และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วย

4) สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวช และทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน (เสาวลักษณ์ สุวรรณมิตร, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย, 2560) เป็นโรคอันดับ 1 ที่มีผู้รับบริการมากที่สุด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในปี 2564 – 2566 จำนวน 18,961, 20,075 และ 19,492 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.76, 25.23 และ 25.81 ตามลำดับ (งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2566)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประวัติทำร้ายตัวเอง มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงขึ้น และจากการสำรวจระบาดวิทยาความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 (Fazel, 2009) อีกทั้งเมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20 – F29) มากที่สุดร้อยละ 43.22 (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563) และเมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุดร้อยละ 56.80 (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563) สำหรับ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 11, 15 และ 8 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2566)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองจัดเป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคหลัก คือ มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว (เสวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) ประกอบด้วย

1. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) มีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น มีอาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง การพูดในลักษณะไม่สัมพันธ์กัน (disorganized speech) พฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก (disorganized behavior) เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น และพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ได้แก่ ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง (เสวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Mental illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
- 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต, 2563)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงสำคัญและจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลที่เข้มข้น โดยใช้การจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมและได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการก่อความรุนแรงมากที่สุด มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สาร/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อ

ตนเอง ผู้อื่นและชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (First psychotic episodes) พบว่ามีอาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญหลักในโรคจิตเภท ที่ส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในทางจิต และการทำหน้าที่ รวมทั้งนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าร้อยละ 10 มีสาเหตุมาจากอาการซึมเศร้า (Mulholland and Cooper, 2000) ส่งผลกระทบทางจิตใจ และเป็นภาระในการดูแลต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Frederick et al., 2002) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีอาการซึมเศร้าได้ในทุกระยะของการดำเนินโรคโดยอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วง residual phase พบได้ประมาณร้อยละ 25 และมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 25-50 ซึ่งบ่งชี้ว่าโรคจิตเภท และอารมณ์ซึมเศร้าสามารถพบร่วมกันได้ (Stahl, 2000)

จากการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา เพราะนอกจากต้องให้การดูแลอาการทางจิตของโรคจิตเภทแล้ว ยังต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล จึงสนใจศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง เพื่อศึกษาปัญหาสาเหตุของโรค การดำเนินโรค และความต้องการในการดูแล รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมนำแนวคิดและหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ตามประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองปลอดภัยจากอาการทางจิตที่กำเริบ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่นได้ และช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับประทานยา และการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการถูกทอดทิ้ง และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ผู้อื่นและชุมชนได้อย่างปกติสุข

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) วินิจฉัย F20.xx + X60.xx – X84.xx ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแฟ้มประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี อาการสำคัญ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ บันทึกทางการแพทย์ พยาบาล แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วย และญาติ
3. ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 3.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 3.1.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
- 3.1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

3.1.4 การดำเนินโรคและการรักษา

3.1.5 ผลกระทบของโรคจิตเภท

3.2 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.2.1 ความหมายของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมโดยอาศัยข้อมูลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

5. ประเมินสภาพปัญหา ประสานงานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลให้ครอบคลุมกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย และประเมินผล

6. สรุปผลการศึกษา ประเมินผลวิเคราะห์ กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงานโดยคณะกรรมการวิชาการกลุ่มการพยาบาล

8. รวบรวมผลงาน จัดพิมพ์รูปเล่มเสนอผลงานต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและเผยแพร่ผลงานต่อไป

เป้าหมายของงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. กรณีศึกษาจำนวน 1 เล่ม

2. เอกสารวิชาการ ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองอย่างเหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. แนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการกลับไปก่อความรุนแรงซ้ำ

4. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการทางจิตรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ จนต้องเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 28 วัน

5. แนวทางในการศึกษา ค้นคว้า ของนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกภาคปฏิบัติวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน หรือนำเสนอในรูปแบบการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองให้กับนักศึกษาและบุคลากรทางการพยาบาล

3. เป็นเอกสารเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพและผู้สนใจทั่วไป

4. เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาปรับปรุงคุณภาพด้านการพยาบาล

ผลกระทบ

ผลกระทบเชิงบวก ได้แก่ มีรายงานการศึกษาที่เป็นแนวทางสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นอีกด้วย

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุ 19 ปี ได้รับการวินิจฉัย F20.00 + Suicidal attempted (Hanging) จากจิตแพทย์ พบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิต หูแว่วตลอดเวลา ปฏิเสธภาพหลอน เครียดแยกตัวอยู่คนเดียว เกิดความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว มีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา บิดามารดาไม่สามารถจัดการอาการที่เป็นอยู่ได้ เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองตลอดเวลา

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษา เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากตึกผู้ป่วยใน และนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก การให้การพยาบาลจำเป็นต้องให้เวลากับกรณีศึกษาค่อนข้างนาน ในบางครั้งอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัด และการติดตามเยี่ยมในรูปแบบอื่น ๆ เช่น Tele psychiatry, Line application การโทรศัพท์สอบถามข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ และมีส่วนช่วยในการป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำขณะผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

9) ข้อเสนอแนะ

1. ควรมอบหมายงานให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง โดยจัดตารางเวลาการทำงานทั้งงานในบ้าน งานนอกบ้านให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง และให้บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสริมแรงจิตใจ ช่วยเหลือ แนะนำ ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ เปรียบเทียบ หรือคาดหวังว่าผู้ป่วยจะทำได้ดีเท่าคนอื่น

2. ทีมบุคลากรทางการพยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ นิตยาดิประเมินอาการเป็นระยะ ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD และให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นย้ำผู้ดูแลเรื่อง การเฝ้าระวังความเสี่ยงการก่อพฤติกรรมทำร้ายตัวเองซ้ำ สังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ (early detection) การให้รับประทานยาต่อเนื่อง และหากพบความผิดปกติควรรีบพามาโรงพยาบาลก่อนอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

3. หลังจำหน่ายควรนัดติดตามอาการในระยะสั้น เพื่อประเมินอาการและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบข้อมูลและวางแผนติดตามอาการต่อเนื่อง

5. ส่งต่อข้อมูลให้จิตเวชชุมชนและสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมประเมินครอบครัวและเตรียมความพร้อมในชุมชนก่อนจำหน่าย รวมทั้งแจ้งประสานพื้นที่ที่รับผิดชอบร่วมดูแล และติดตามเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย

10) การเผยแพร่

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และไม่มีรายชื่อผู้มีส่วนร่วมอื่นในผลงาน ดังตารางนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาวยุวดี พินลาบท่อม	100	ยุวดี พินลาบท่อม

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้

หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีส่วนร่วมรายใดได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวยุวดี พินลานทุ้ม

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 2614 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2) หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ปัจจุบันเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวและสังคมล้วนเป็นเหตุการณ์ก่อให้เกิดความสูญเสีย ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ นอกจากอาการทางจิต การใช้สารเสพติดยังส่งผลให้อาการทางจิตมีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2561) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งเป็นผลต่อตนเอง และบุคคลอื่น (บุญศิริ จันทรศิริมงคล และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2556)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การจำแนกข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) ประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน 3) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ฉ้อโกง) ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้เป็นลักษณะการแสดงออกของความก้าวร้าวรุนแรง ขาดการควบคุม ทำให้เกิดผลกระทบเกิดความเสียหายทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่น ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนได้จะช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Burrow, 1994)

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในปี 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9,866 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (F20-F29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 2,234 ราย และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) จำนวน 1,441 ราย (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2561) จากสถิติของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2564 -2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมีพฤติกรรมรุนแรง เข้ามารับการรักษาจำนวน 136,157 และ 132 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2566)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าการก่อความรุนแรงมีแนวโน้มมากขึ้น การจัดการตนเองจึงเป็นแนวทางสำคัญ ที่จะมีผลดีต่อผู้ป่วยในด้านความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อีกด้วย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงในสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงลงได้ในระยะสั้น จะส่งผลต่อเนื่องเกิดการลดพฤติกรรมรุนแรงได้ในระยะยาว ลดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ลดการสูญเสียและความรุนแรงในสังคม

แนวความคิด

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เป็นวิจัยพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด/ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง มีภาวะอันตรายสูงหรือมีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

1.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ

1.3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัส

1.4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) เช่น ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ความตาย พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต ช่มชู้กระทำความผิดบุกรุกคนอื่น วางเพลิง

2. แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer (Kanfer, 1991) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยที่มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง (Kanfer, 1991) สามารถวิเคราะห์ถึงเป้าหมายในการลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การกำกับตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

บาร์โลว์และคณะ (Barlow et al., 2002) ได้กล่าวถึงการจัดการตนเองว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ แผนการรักษา ร่างกาย จิตใจ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อที่จะอยู่กับภาวะเรื้อรังของโรค สามารถติดตามอาการ และผลของการเรียนรู้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอ

การพัฒนาแบบแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี สุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2554) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตเรื่องที่จะศึกษา การเลือกวิธีการรวบรวมข้อมูล การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลมากำหนดรายละเอียดเทคโนโลยีที่ต้องการพัฒนา
2. การกำหนดกรอบแนวคิด โดยการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง โดยการประยุกต์องค์ความรู้ และใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่ต้องการ
4. การทดสอบคุณภาพเทคโนโลยีสุขภาพจิต ในเรื่องความตรง ความเป็นปรนัย คุณภาพเชิงเทคนิค ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล อำนาจจำแนก ความยากง่าย และความเชื่อมั่น
5. การทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ เป็นการนำเทคโนโลยีที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการแล้วลงดำเนินการเพื่อทดสอบคุณภาพของเทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ
6. การขยายผล เป็นการนำเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่ผ่านการทดลองใช้ในระบบจริงมาดำเนินการขยายผลในขอบเขตงานที่ใหญ่ขึ้น
7. การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่ค่อนข้างใช้เวลาในแต่ละขั้นตอน ความสะดวกในการเดินทางจึงอาจทำให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรมตามที่วางแผนไว้

แนวทางแก้ไข

ออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รับเรื่องระยะเวลาให้มีความเหมาะสมรวมทั้งนัดหมายผู้ป่วยทำกิจกรรมให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านผู้ป่วย ได้รับการบำบัดโดยรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

ด้านหน่วยงาน การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เป็นนวัตกรรม ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

ด้านบุคลากร ได้พัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ได้รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 1 ฉบับ