



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 ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการ ให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในพึงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในพึงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๗/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๑.	นางสาวจุฑามาศ ขำนาญเขา ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๘๘ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ (ด้านเทคนิคการแพทย์) ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๘๘ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การประยุกต์ใช้ Sigma metric เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการควบคุมคุณภาพเครื่องตรวจ วิเคราะห์นับเม็ดเลือดอัตโนมัติ ในห้องปฏิบัติการ โลหิตวิทยา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การพัฒนาระบบควบคุมคุณภาพ ภายใน ห้องปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการเปรียบเทียบ ระหว่างห้องปฏิบัติการ โปรแกรม T LabLink xL TM Quality Assurance Software. ในงาน เคมีคลินิก และโปรแกรม Caresphere TM XQC ในงานโลหิตวิทยา
๒.	นายภาณุพงศ์ จันทโรจน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๔๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๔๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรา และมีโรควิตกกังวลรุนแรง (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ การเลิกดื่มสุรา
๓.	นางสาวสุจินดา บริบูรณ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๙๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๙๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมสำหรับผู้ป่วย จิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบำบัด แบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา

3/๓๕

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุจินดา บริบูรณ์

- ♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3797 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจ การพยาบาล
หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนิน การวันที่ 1 ธันวาคม- 31 ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 1 เดือน

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎี ดังนี้

- แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท และการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory)
- แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและพบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากอาการของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการที่พบบ่อยคือ การหลงผิด (delusions) การเห็นภาพหลอน (hallucinations) ความคิดที่ไม่สามารถเชื่อมโยงได้ (disorganized thinking) และการขาดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ องค์การอนามัยโลกประมาณการผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 24 ล้านคนทั่วโลกหรือพบในประชากรทั่วโลก 1 ใน 300 คน (0.32%) หรือพบในวัยผู้ใหญ่อัตรา 1 ใน 222 คน (0.45%) (WorldHealth Organization, 2023) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ช่วงอายุที่พบบ่อยสุดคือระหว่างอายุ 15-24 ปี มีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวชปีงบประมาณ 2565-2567 ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 409,468 ราย 434,033 และ 450,144 รายตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2565 - 2567 จำนวน 6,305 ราย 7,141 ราย และ 7,096 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2567) ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์การดำเนินโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถมีอาการรุนแรงในช่วงต่างๆ ของชีวิต โดยทั่วไปจะมีการพัฒนาของอาการที่สามารถแบ่งออกเป็นระยะต่างๆ คือ ระยะเริ่มต้น (prodromal

phase), ระยะรุนแรง (acute phase), และระยะการฟื้นฟูหรือระยะสงบ (residual phase), รวมถึงอาการที่อาจมีการกลับมาของโรคหรือการกำเริบ (relapse) ที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความครอบคลุมในทุกกระการเจ็บป่วยคือการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการกลับมารักษาซ้ำ วิธีการดูแลช่วยเหลือหรือรูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบบ่อย ได้แก่การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนความคิดหรือวิถีคิดเพื่อแก้ไขปัญหา และการทำครอบครัวบำบัด เป็นต้น โดยมีการศึกษาสนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทำให้สุขภาพจิตศึกษา การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลและการส่งเสริมทักษะทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Popolo, Vinci, & Balbi, 2010)

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล (Family Psycho Education--FPE) นับว่าเป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่พบเป็นส่วนใหญ่และมีประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัวอาจเป็น ประสบการณ์ที่ไม่คาดคิด ครอบครัวอาจจะรู้สึกสับสนและไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่ปกติและอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ศึกษาเฉพาะเรื่องเป็นรูปแบบการให้ความรู้ การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต เช่น สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา การรับประทานยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ รวมไปถึงแหล่งสนับสนุนหรือสถานพยาบาลที่รักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ญาติผู้ดูแลหรือผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือทางจิตใจทำให้ทั้งครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน (Gassmann, et al., 2013) และส่งผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่กล่าวว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลนั้น สามารถพัฒนาอาการอาการแสดง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเองได้ดีมากขึ้น และยังลดการรับรู้ภาระกดดันในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแล รวมไปถึงทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบของโรคได้อีกด้วย (Fallahi Khoshknab, et al., 2013; Hassan, et al., 2011; Choorat, 2016; Thayarungsri, Suriyong&Krewma, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตที่เพียงพอ (Wong De, 2007) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยตั้งแต่ช่วงปีแรกจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในบรรดากลุ่มสุขภาพจิต และเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดให้บริการสุขภาพจิตประชาชนในรูปแบบต่างๆทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่สามารถให้การดูแลฟื้นฟูสภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง (Wong De, 2007) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลร่วมกับการดูแลตนเองต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ลักษณะของทฤษฎีโอเรมเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกช่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

และมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมได้ตามศักยภาพลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ศึกษาเตรียมความรู้ในเรื่องทฤษฎีโรคจิตเภท แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมความรู้การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคจิตเภท และศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 จัดทำแผนดำเนินการกรณีศึกษาและคัดเลือก Case กรณีศึกษา ดังนี้

- ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก International Classification of Diseases and related health problems : ICD 10 ที่เจ็บป่วยครั้งแรก และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนม

- ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ งดตอบรู้อเรื่อง

2. ขั้นดำเนินการ

ในระยะดำเนินการ Case กรณีศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก และญาติผู้ดูแลร่วมกับการตนเองต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรมเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมได้ ญาติผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างถูกต้องลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนัดผู้ป่วยและญาติมารับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันอังคาร ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 5 กิจกรรม และมีการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก 1 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองจำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษาจำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการเตือนและการจัดการอาการเบื้องต้น จำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการจัดการอาการเบื้องต้นจำนวน 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและญาติผู้ดูแล โดยดำเนินการกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 1 ครั้ง

3. ขั้นสรุปผล

- บันทึกผลการให้สุขภาพจิตศึกษา Case กรณีศึกษาในแต่ละกิจกรรม
- สรุปภาพรวมและอภิปรายผลการให้สุขภาพจิตศึกษา Case กรณีศึกษา
- ติดตามผลการให้สุขภาพจิตศึกษา Case กรณีศึกษา

เป้าหมายของงาน

1. ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแล
2. เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจภาวะของโรค เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านรวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท แผนการรักษา การสังเกตอาการ การรับประทานยาและอาการข้างเคียง มีทักษะในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. ญาติผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรก และทราบข้อมูลแหล่งสนับสนุนเพื่อขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาเฉพาะราย พร้อมทั้งได้รับการส่งเสริมทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลรายอื่น
3. เพื่อช่วยยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลกระทบ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะช่วยลดปัจจัยที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ ลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในครอบครัว ชุมชน ลดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะทำให้ลดการต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสาธารณสุขได้

7) ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

กิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลร่วมกับการตนเองต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเฮอร์ม มี 5 กิจกรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องมีการปรับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้รับความสะดวกและเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกต้องปรับบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยมีบทบาทสำคัญหรือเป็นผู้นำครอบครัวก็อาจส่งผลกระทบต่อยาได้หรือทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

9) ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามการคงอยู่ของการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกและญาติผู้ดูแลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่.

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาวสุจินดา บริบูรณ์	100	ส.จินดา นริภูมิ ๑๙

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้ หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีส่วนร่วมนั้นได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุจินดา บริบูรณ์

- ♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3797 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจ การพยาบาล
หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา

2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากอันดับหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ในประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2562) อย่างไรก็ตามรายงานดังกล่าวไม่ได้ระบุอันดับที่ชัดเจนของโรคจิตเภทในการจัดอันดับภาระโรค แต่จากข้อมูลจากการศึกษาจัดอันดับภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทย ปีพ.ศ. 2554 พบความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ของโรคจิตเภทในเพศชายเป็นอันดับ 7 และอันดับ 11 ในเพศหญิง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังมีการสูญเสียความสามารถ (Disability) เทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (กรมสุขภาพจิต, 2560)

ในด้านการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษา คือ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต โดยวัตถุประสงค์ในการให้ยาในระยะแรก คือ เพื่อรักษาและควบคุมอาการให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเองหรือคนอื่น หลังจากนั้นจะเป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ลดความเสี่ยงของอาการกำเริบให้น้อยที่สุด แต่ถึงแม้ว่ายาจะมีความสำคัญมากต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษากลับพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาเอง หรือปรับลดขนาดยาเอง ซึ่งพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลักษณะพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ถูกต้องขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา

4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด 5) การหยุดรับประทานยาหรือไม่ยอมรับประทานยาเลย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาไม่ต่อเนื่อง มักจะมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ภายใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 60-70 และมักจะกลับเป็นซ้ำใหม่ภายใน 2 ปี เกือบร้อยละ 90 (Zipursky และคณะ 2014) นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ เกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการรับรู้ ความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมหรือการตัดสินใจ ลักษณะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วยในระดับต่างๆกัน บางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคม ทักษะในการทำงาน รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไร้พลังอำนาจขาดความภูมิใจ (ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงเจริญ, 2018)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาขาดแรงจูงใจในการรับประทานยา โดยการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 29-33 หลังการรักษา 5 ปี (Razali & Yahya, 1995 อ้างถึงใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ดังนั้นเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ การเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่อง ลดอัตราการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยแบบที่มีประวัติการขาดยา เทคนิคนี้ช่วยสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะรับประทานยาต่อเนื่อง หลักการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาและควบคุมอาการทางจิต การรับประทานยาต่อเนื่องนี้ขึ้นอยู่กับทั้งความรู้และทัศนคติหรือความเชื่อที่มีต่อแนวปฏิบัติในการรับประทานยา ดังนั้นการบำบัดที่เชื่อมโยงเป้าหมายและสิ่งสำคัญในชีวิตเข้ากับเหตุผลที่ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาจึงสามารถเพิ่มพฤติกรรมการรับประทานยาและนำไปสู่ผลการบำบัดและคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวความคิด

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นการสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือ ในประเด็นเฉพาะเจาะจงอิงตามหลักการ Motivational Interviewing การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ Miller and Rollnick (2007) โดยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and DiClemente (1997) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเฝ้าเฉย (Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) 4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) 6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ซึ่งหลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในตนเองที่จะผลักดันให้ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ร่วมกับ FRAMES model ซึ่งได้แก่ 1) Feed Back เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการขาดยา ได้แก่ ประวัติอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มาสะท้อนถึงความรุนแรง และเรื้อรังของโรคในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น 2) Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจในการกระทำเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง 3) Advice

คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และจำเป็นต่อการตัดสินใจ เช่น การขาดยาที่มีผลต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือเกิดปัญหาสุขภาพอย่างไรบ้าง 4) Menu ทางเลือกในการปฏิบัติด้านสุขภาพไม่ควรมีมากเกินไปหรือน้อยจนเกินไป 5) Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยและ 6) Self-efficacy ส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ให้ความหวังและกำลังใจ โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ผู้บำบัดเป็นเพียงผู้ที่สะท้อนให้บุคคลเห็นถึงศักยภาพพลังความมุ่งมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น และช่วยให้บุคคลมีความอดทนสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องผ่านการเอาใจใส่การให้กำลังใจความเห็นอกเห็นใจภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย

ข้อเสนอ

พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เนื่องจากหน่วยงานมีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรและเวลา ดังนั้นรูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที น่าจะเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและขาดยา ถือเป็นความยุ่งยากซับซ้อนทางจิตเวช เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบจนก่อความรุนแรงในครอบครัว ชุมชน หรือต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยาอย่างยาวนาน เกิดความเบื่อหน่าย และนอกจากนี้ปัญหาทางเศรษฐกิจอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

แนวทางแก้ไข

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้นการบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการขาดยาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานยาและมีความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบการบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยาที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการขาดยา หลังจากที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดความร่วมมือในการรักษา และไม่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแบบภายใน 1 ปี

2. พยาบาลวิชาชีพที่ให้การบำบัดแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่
ขาดยา ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความพึงพอใจระดับมาก มากกว่าร้อยละ 85