



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมเสิดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๕ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวนาวิณี เครือหงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๑๓๓ กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพจิตปฐมภูมิ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๑๓๓ กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพจิตปฐมภูมิ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาคู่มือการประชุม เชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพิมพ์เขียวการ ดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สู่การปฏิบัติ (Development of The Tailored Implementation Blueprint Workshop)	การวางแผนและการประเมินผล การนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิต ไปสู่การปฏิบัติด้วยกรอบแนวคิด RE-AIM
๒.	นางสาววรัญญา เจริญแสงเพชร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๘๗๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๘๗๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการหูแว่ว : กรณีศึกษา	โปรแกรมการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวรัญญา เจริญแสงเพชร
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ข้าราชการ
 ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 870 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
 กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว: กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ 2566 – 30 มีนาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการจัดทำกรณีศึกษา ประกอบด้วย

1. แนวคิด ทฤษฎี โรคจิตเภท และการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว

3. การบำบัดผู้ป่วยรายบุคคล (Individual supportive psychotherapy) และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด

4. ทบทวนองค์ความรู้ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มากกว่า 7 ปี

4) สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1) สาระสำคัญ

ชายไทย วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 45 ปี เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 13 กุมภาพันธ์ – 9 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 24 วัน มาด้วยอาการ ก้าวร้าว โวยวาย หูแว่ว ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia with Caffeine dependence syndrome ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการบำบัดรักษาแบบบูรณาการ ในระยะ Acute Phase โดยมุ่งเน้นการควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงโดยเร็ว ด้วยการบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacology treatment) เมื่อเข้าสู่ระยะ Stabilization Phase มุ่งเน้นการควบคุมอาการหลังอาการทางจิตลดลง โดยการบำบัดรักษาด้วยยาร่วมกับการ

บำบัดรักษาทางจิตสังคม และเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ Stable phase โดยการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขณะรักษาในโรงพยาบาล พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหูแว่ว ระแวงกลัวคนมาทำร้าย
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อหรือติดเชื้อโรค covid-19
4. บกพร่องต่อการรับรู้ด้านความเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาทางจิตเวช
6. แบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
7. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากขาดความตระหนักในการเจ็บป่วยและขาดแรงจูงใจใน

การเลิกสารเสพติด

8. เสี่ยงต่อการมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุปอาการผู้ป่วย

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วยมีท่าทางระมัดระวังตัว แหวงตาไม่ค่อยเป็นมิตร พูดคุยถามตอบพอได้เรื่องราว เสียงดัง น้ำเสียงห้วน มีหูแว่วเป็นเสียงคนมาดุด่า ไม่มีภาพหลอน ร่วมมือได้ BPRS 46 คะแนน OAS 3 คะแนน ได้รับยาฉีด Haloperidol 5 mg IM และ Diazepam 10 mg IV จาก ER

สัปดาห์ที่ 1 หลังรับไว้ สีหน้าไม่แจ่มใส ยังมีท่าทางระมัดระวังตัว แยกตัว พูดน้อย ยังมีเสียงหูแว่วเป็นคนมาด่า พูดห้วน พูดคนเดียว อารมณ์ยังเปลี่ยนแปลงง่ายเมื่อพูดถึงเรื่องงาน กลางคืนนอนหลับได้ ร่วมมือได้ ไม่มีก้าวร้าว

สัปดาห์ที่ 2 หลังรับไว้ สีหน้าเรียบเฉย ยังมีท่าทางระมัดระวังตัว แยกตัวไม่สูงส่งกับใคร พูดคุยถามตอบตรงประเด็น แต่พูดน้อย มีพูดคนเดียว ยังมีเสียงคนมาด่าแต่ความถี่ลดลง มีเฉพาะเวลากลางคืน มีสับสนวันที่แต่บอกเวลา สถานที่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ กังวลอยากกลับบ้าน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ปรับการรักษาเพิ่มยา

สัปดาห์ที่ 3 สีหน้าเรียบเฉย ยังมีท่าทางระมัดระวังตัว แยกตัว พูดน้อย ยังมีพูดคนเดียว ยังมีเสียงคนคุยกัน 1-2 วัน/ ครั้ง พูดคุยถามตอบตรงประเด็น เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น บอกวันเวลา สถานที่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ กังวลอยากกลับบ้าน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ปรับการรักษาเพิ่มยา

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยยังมีหูแว่วเป็นเสียงคนมาคุยด้วย ไม่รู้สึกกลัว ยังแยกตัว ต้องกระตุ้นทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พูดคุยพอรู้เรื่อง ถามตอบตรงประเด็น บอกวันเวลา สถานที่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ ควบคุมตัวเองได้ แพทย์ตรวจเยี่ยมวันที่ 7 มีนาคม 2566 อนุญาตให้กลับบ้าน รับยาต่อเนื่องใกล้บ้าน มารดารับผู้ป่วยกลับ วันที่ 9 มีนาคม 2566

4.2) ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
2. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาการหูแว่ว
4. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว
5. การบำบัดผู้ป่วยรายบุคคล (Individual supportive psychotherapy) และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด
6. การติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
7. รวบรวมข้อมูลเขียนเป็นรายงานทางวิชาการ
8. ปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบผลงาน
9. ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องเหมาะสม และจัดพิมพ์เรียงรูปเล่ม

4.3) เป้าหมายของงาน

- 1) เพื่อศึกษาปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและนำมาวางแผน การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- 2) เพื่อนำแนวคิดและหลักทฤษฎีกระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยตามประเด็น ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งให้การพยาบาลแบบองค์รวม
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคของทางจิตเวช การรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้
- 4) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว เพื่อลดความรุนแรงของอาการหูแว่วและอาการทางจิตได้
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพขณะรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องชุมชน
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สามารถอยู่บ้านหรือในชุมชนได้นานและ ลดระยะเวลาการการกลับเข้ามา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในรายอื่นที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ Covid – 19 เนื่องจากผู้ศึกษาต้องสวมใส่ชุดป้องกัน และมาตรการเว้นระยะห่าง อาจมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างการบำบัดรักษา รวมทั้งผู้ป่วยรายนี้มีความบกพร่องในการรับรู้การเจ็บป่วย เนื่องจากป่วยจิตเภทเรื้อรังและใช้สารเสพติดร่วม มีความยากในการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตัวเองต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเพิ่มความตระหนักรู้ในการรับรู้การเจ็บป่วย และการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความพร่องในการรับรู้การเจ็บป่วย มีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีก จากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ ขาดความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และผู้ดูแลไม่สามารถเข้ากลุ่มในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายได้ จึงไม่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลได้

9) ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาโปรแกรมในการบำบัด/ การจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นอาการที่ยังคงหลงเหลือในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100/และไม่มีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาววรรณญา เจริญแสงเพชร

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 870 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โปรแกรมการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

2) หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอนทางหู หรืออาการหูแว่ว เป็นอาการทางจิตที่ถือว่าเป็นอาการหลัก เป็นลักษณะสำคัญทางคลินิกของโรคจิตเภท เป็นอาการเตือนว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงอาการกำเริบ (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) เป็นข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตในระดับรุนแรง และผู้ป่วยจิตเภทที่แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล พบว่ามีอาการหูแว่วเป็นอาการสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนทางหูทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ มีความทุกข์ทรมาน และอยู่เหนือการควบคุมของบุคคล โดยเสียงที่ได้ยินมักมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยรุนแรงทางจิต ประสบการณ์การมีอาการหูแว่วที่คงอยู่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัว และมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว แนวทางการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2550) ได้แก่ การบำบัดทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ แม้ว่าการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตได้รับการยอมรับว่าให้ผลการรักษาอาการหูแว่วมากที่สุด แต่ก็พบว่าร้อยละ 25 ถึง 30 ของอาการประสาทหลอนทางหูไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช, นกวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์ สุริยา, 2542) และมีผลทำให้อาการหูแว่วมีลักษณะคงอยู่ตลอดไป การบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการป้องกันการกำเริบซ้ำ และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้ตามปกติ เมื่อให้การรักษาด้วยจิตสังคมร่วมการให้ยาเพื่อลดอาการทางจิต ก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือของพยาบาลในการประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎี ไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายป้องกัน ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทอื่นจะทำให้ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับอาการหูแว่ว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผล

จิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้รับการบำบัดช่วยเหลือให้สามารถเผชิญกับอาการหูแว่ว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัด การรู้คิด ปรับพฤติกรรม (CBT: Cognitive Behavior Therapy) มีประสิทธิผลในการลดอาการหูแว่วได้ (พิมพ์ชานา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพรสีห์รัญวงศ์ และอติยาพรชัยเกตุ โอว ยอง, 2555) โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่บิดเบือนไปที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวกและความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยในการปรับกระบวนการคิด การให้ความหมาย ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการประเมินตัดสินหรือตีความเหตุการณ์ขึ้นใหม่ สิ่งที่มากระตุ้นนั้นอาจมาจากภายในหรือภายนอกตัวผู้ป่วยก็ได้ การบำบัดจะช่วยลดอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทได้

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดเพื่อช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว รวมถึงการบริการปฏิบัติการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้รับการบำบัด และการพยาบาลถูกต้องตรงตามเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการเพื่อลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอาการทางหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมกับอาการหูแว่วของผู้ป่วย เพื่อลดอาการหูแว่ว และผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญในทางจิตเวช มีความรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีการเสื่อมถอยเป็นส่วนใหญ่ (National Institute of Mental Health, 2006) ก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก (Wyatt, Kirch & Delisi, 1989) ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือบกพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (American Psychiatric Association, 2000) ไม่สนใจสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย (Velligan, Mahurin, Diamond, Hazleton, Eckert & Miller, 1997) ในระยะกำเริบจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อ ตนเองและผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทย จำนวน 22, 175 คน (กองแผนงานและสถิติ, 2542) ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 23 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างมาก

ปัญหาที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการหูแว่ว (Hoffman, Raparort, Mazure & Quinlan, 1999) เป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Garcelan & Rodrfiguez, 2002) ทุกข์ทรมาน

(Birchwood, Gilbert, Trower, Meadan, & Hay, 2004) และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวข้าง ลักษณะอาการหูแว่วเป็นเสียงที่ไม่มีตัวตนที่คนอื่นไม่สามารถได้ยิน เป็นเสียงที่มาจากภายนอก หรือภายในบุคคล ในขณะนั้น หรือเป็นการรับรู้ที่ผิดไปจากความจริง (Kaplan & Sadock, 2003) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ใจ เป็นกังวล แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ โดยเฉพาะในช่วงที่ได้ยินหูแว่วในด้านที่ไม่ดีกับตัวเอง (Hoffman et al., 1999) จาก การศึกษาของ Perona - Garalan และ Cuevas-Yust (1998) พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภท มีอาการหูแว่ว เสียงคนพูดในหูไม่เห็นตัว เสียงคนตายไปแล้ว คำพูดวิจารณ์ และสบประมาท ทำให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น เช่น มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า อาการหูแว่ว เป็นอาการสำคัญที่นำสู่การที่ ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุของอาการ หูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้แน่ชัด ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย จิต เภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ สามารถช่วยลดอาการหูแว่วได้ จากการศึกษา (Carter, Mackinnon & Copolov, 1996) พบว่าอาการหูแว่วจะยังคงมีอยู่ร้อยละ 25 – 50 แม้ว่าจะรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ ดังนั้นการรักษาอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจึงควรใช้การบำบัดแบบจิตสังคมและการรักษาด้วยยา ควบคู่กันไปจึงจะได้ผลดี

วิธีการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายวิธีโดยวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การหาเพื่อนคุย ไม่อยู่คนเดียว การไม่สนใจ ฟังเพลง เปิดวิทยุตั้ง ๆ คุ่มสติ ท่องนะโม ออกกำลังกาย ดมยาตม (ดวงแก้ว รอดอ่อง, 2547) ผู้ป่วย จิตเภทมีความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายขึ้นกับประสบการณ์ใน แต่ละคน และผู้ป่วยมักใช้วิธีการจัดการกับอาการแบบเดิม ๆ ที่เคย ใช้มาแม้จะไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด วิธีการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการ หูแว่วอย่างมีประสิทธิภาพ มี 2 วิธี (Jaiboon, 2006) ดังนี้

1. Cognitive Behavior Therapy (CBT) โดยเน้นให้ผู้ป่วยแยกแยะอาการ ปรับความเชื่อ ความคิดที่ผิด ปกติ เกี่ยวกับ อาการ (Wiersma, Jenner, Van, Willige, Spakman & Nienhuis, 2001) และ
2. Model of symptom management เน้นให้ผู้ป่วยสามารถประเมินเกี่ยวกับ อาการหูแว่ว วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและ ผลการจัดการกับอาการ (Trygstak, Buccheri, Dowling, Zind, White, Griffin & et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหู แว่วได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลจนถึงกลับไปอยู่บ้าน หรือชุมชน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการระหว่างความรู้ และความชำนาญของผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่มีคุณภาพร่วมกับตัวผู้ป่วย โดยมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง, 2555) คือ

- 1) ให้สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการกลุ่ม
- 2) ให้สมาชิกตระหนักถึงลักษณะ ของอาการหูแว่ว
- 3) ให้ผู้ป่วยตรวจสอบประสบการณ์หูแว่วของตนเอง

- 4) ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการจัดการหุแหว่
- 5) ให้สมาชิกตรวจสอบความเชื่อในพลังอำนาจจากเสียงและตรวจสอบความสามารถในการควบคุมเสียง

ของผู้ป่วย

- 6) เพิ่มกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่ม
- 7) ฝึกปฏิบัติกลยุทธ์การเผชิญกับอาการหุแหว่
- 8) พัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับอาการหุแหว่ที่จะนำไปใช้ต่อ

การบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการหุแหว่ในผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจต่ออาการหุแหว่ (พิมพ์ชานา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555) โดยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่บิดเบือนไปที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางบวกและความทุกข์ทรมานใจของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดจะประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยในการปรับกระบวนการคิด การให้ความหมาย ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการประเมินตัดสินหรือตีความเหตุการณ์ขึ้นใหม่ สิ่งที่มากระตุ้นนั้นอาจมาจากภายในหรือภายนอกตัวผู้ป่วยก็ได้ การบำบัดจะช่วยลดอาการหุแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทได้

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหุแหว่ที่ได้รับการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการหุแหว่จะทำให้มีอาการหุแหว่และอาการทางจิตลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการจัดการอาการหุแหว่ มีแนวทางการจัดการอาการหุแหว่เพิ่มมากขึ้น สามารถควบคุมอาการหุแหว่ได้ด้วยตัวเอง สามารถอยู่ที่บ้าน ชุมชนได้นานขึ้น และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหุแหว่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการหุแหว่ได้ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหุแหว่และญาติมีความพึงพอใจ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหุแหว่กลับมารักษาซ้ำน้อยกว่า ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10