



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 จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมเสิดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ครั้งที่ ๕๖ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวชฎานันท์ ชันระชัย นักจิตวิทยาปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๑๒ กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ กรมสุขภาพจิต	นักจิตวิทยาชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา) ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๑๒ กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาหลักสูตรการช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจและเฝ้าระวังป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ที่ประสบ ภาวะวิกฤติ สำหรับนักจิตวิทยา	การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการรับมือ เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิต เหตุการณ์วิกฤติสุขภาพจิตในชุมชน
๒.	นายต่อศักดิ์ ชันรักษา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๐๐๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๐๐๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา : กรณีศึกษา	โครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

### ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายต่อศักดิ์ ชันรักษา  
 ตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล  
 ตำแหน่งเลขที่ 2004 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล  
 หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา : กรณีศึกษา
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 ถึง วันที่ 5 สิงหาคม 2565 รวม 33 วัน
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
 การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎี ดังนี้
  - แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตจากสุรา
  - การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา
  - การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
  - มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

#### 4) สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

โรคจิตจากสุรา ส่งผลกระทบต่อหลายประการ ได้แก่ ทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วยังมีผลลดจำนวนเซลล์สมอง โดยสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ สมองส่วนหน้า (cortex of frontal lobes) ที่ทำหน้าที่วางแผนและยับยั้งพฤติกรรมไม่เหมาะสมรวมไปถึงการปรับตัวเกี่ยวกับบุคลิกภาพ การคิดแก้ปัญหาต่างๆ (Bernardin, Maheut-Bosser, & Paille, 2014) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดสุราที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายอีกด้วย (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2556) และยังพบภาวะซึมเศร้าที่มีความชุกสูงถึงร้อยละ 52.8 (รินทราย อรุณรัตน์พงศ์ และ ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2560) มีอัตราการเกิดโรคจิตเวชร่วมด้วยร้อยละ 60 (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2556) เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านสังคมจากผู้ติดสุราใช้เวลาไปกับการดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัวและสังคม มีการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว ปัญหาค่าใช้จ่าย (อรัทัย วลีวงศ์, ทักษพล ธรรมรังสี และ จินตนา จันทรโคตรแก้ว, 2557) จนเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น รายได้ไม่พอใช้จ่ายในบ้าน จนถึงขั้นมีหนี้สิน ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เป็นภาระสังคมในการดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เนื่องจากพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และเป็นภาระในการดูแลเกิดผลกระทบต่อประเทศชาติที่ต้องเสียงบประมาณในการรักษา (มาลีรัตน์ สมณะกิจ, บุบผา บุญญามณี และ นุรินยา แทะละหมัด, 2562)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ประกอบด้วยสองขั้นตอนหลัก ขั้นตอนแรกคือ การรักษาเพื่อถอนพิษสุรา (detoxification) โดยเน้นการรักษาตามอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการถอนพิษสุรา เน้นการดูแลในด้านการให้ยาเพื่อสงบอาการ การบรรเทาอาการทางกาย (อังกฤษ ภัทรภร และคณะ, 2558) และขั้นตอนที่สองคือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา ซึ่งเป็นการฟื้นฟูทางจิตสังคม (psychosocial rehabilitation) ประกอบไปด้วยรูปแบบการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ในการรักษาด้วยยานั้นเป็นการรักษาด้วยยาที่ช่วยลดอาการอยากสุรา (anti-craving) (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมนั้นมีเป้าหมายฟื้นฟูทั้งด้านกาย จิต สังคมของผู้ติดสุรา ป้องกันการกลับไปติดซ้ำ ซึ่งมีรูปแบบของการบำบัดส่วนใหญ่มุ่งที่จะจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งมี 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) 2) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) 3) การบำบัดรูปแบบ Matrix Programs 4) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 5) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) และ 6) การบำบัดที่ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560) และนอกจากนี้ยังมีการบำบัดอื่นๆที่ถูกนำมาใช้ เช่น การบำบัดพฤติกรรมคู่สมรส (behavioral couple therapy) การจัดการรายกรณี (case management) และ วิธีพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (combined behavioral intervention) (พัชชราวัลย์ กนกจรรยา และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2556)

ผู้ป่วยกรณีศึกษา ชายไทยวัยผู้ใหญ่ อายุ 52 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน วันละ 1 กิโลกรัมและเครียดเรื่องลูกชายไม่เรียนหนังสือ เมื่อ 4 ปีก่อน บางวันเมามากจน ไม่สามารถทำงานได้ ผู้บังคับบัญชาตักเตือนบ่อยๆ เริ่มมีอาการโวยวาย กลางคืนไม่นอน เดินไปมา จัดแะสิ่งของในบ้าน พุดคุยกับคนในทีวี ภรรยาจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์รับไว้รักษา จากการประเมินทางการแพทย์พบว่า ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการทางจิตจากการดื่มสุราต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดอาการทางจิตกำเริบและมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นซ้ำอีก พยาบาลจึงมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราโดยใช้การสนทนาเพื่อการบำบัดด้วยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มสุรา เป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และยังจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและไม่กลับไปดื่มซ้ำอีก

จากลักษณะปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าว พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์อันจะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรารายอื่น ๆ ต่อไป

#### ขั้นตอนการทำการนิศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา
2. ศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ การบันทึกรายงานผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ
3. รวบรวมและศึกษาข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว พัฒนาการของชีวิต และแบบแผนการดำเนินชีวิต
4. วางโครงเรื่อง
5. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประเมิน วิเคราะห์ สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และวินิจฉัยทางการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
7. วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
9. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติและชุมชน
10. บันทึกข้อมูล ปัญหา และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
11. สรุปการบำบัดรักษากรณีศึกษาทั้งหมด
12. เสนอผลงาน เอกสารทางวิชาการ ต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล

#### 5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ศึกษาได้นำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดไปวางแผนการให้การพยาบาลครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยใช้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราและมาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยการบำบัดรักษาด้วยการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราด้วยการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น การทำกลุ่มประคับประคอง การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ การบำบัด การวินิจฉัยและให้การพยาบาลตามปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม รวมถึง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ทำให้อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมาย และมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน แพทย์เห็นควรอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 5 สิงหาคม 2565 ได้รับยากลับบ้านไปรับประทานและนัดผู้ป่วยทุก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการ รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 33 วัน และจากการติดตามการ

รักษาทุก 1 เดือน ครบในวันที่ 4 กันยายน 2565 ในผู้ป่วยรายนี้ผู้ศึกษาติดตามการมาตามนัดของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้งและยังไม่มีพฤติกรรมกลับไปใช้สุราอีกนับประถมาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำงานได้ปกติ

#### 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

##### ต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและสามารถเลือกทางออกในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการเจ็บป่วย มีความสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตาม

ศักยภาพ

##### ต่อวิชาชีพ

มีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

##### ต่อหน่วยงาน

1. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรารายอื่นต่อไป
2. เป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โรคจิตจากสุรา ผู้ป่วยมักจะมีอาการอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ให้ดื่มได้ การเกิดโรคนี้อาจต้องใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปี ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ส่งผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และบุคคลรอบข้างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ชุมชน สังคม เศรษฐกิจรวมถึงประเทศชาติด้วยสาเหตุและปัจจัยของการติดสุราแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะทางพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม (สาวิตรี อัญญากรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2557) การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตสุรา จำเป็นจะต้องคำนึงถึงระยะของ การดำเนินโรค หากค้นพบสาเหตุตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา และเริ่มดำเนินการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา แต่หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นได้ (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2554)

#### 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามักจะมีอาการอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ให้ดื่มได้ โดยสาเหตุและปัจจัยของการติดสุราแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะทางพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตสุรา ผู้ศึกษาจะต้องคำนึงถึงสาเหตุตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากดื่มสุราอย่าง และใช้ทักษะเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาแรงจูงใจที่สำคัญในการ

หยุดดื่มสุรา มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เปลี่ยน Stage of change ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับ Determination สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

9) ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบำบัดโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราไปใช้ได้ผลดีจึงควรมีการใช้ต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาจัดอบรมเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรค อื่นๆ

2. ส่งเสริมผลการบำบัดโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ไปยังเครือข่าย บริการสุขภาพพระดบัปฐุมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราใน ชุมชนได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

#### ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายต่อศักดิ์ ชันรักษา  
 ตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล  
 ตำแหน่งเลขที่ 2004 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล  
 หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวถือเป็นปัญหาหลักในโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวโน้มที่จะพบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของ นีดแฮม (Needham, 2008 อ้างใน วรณวิภา ชำนาญ, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ สมบัติ สุกุลพรรณ, 2560) ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในสถานพยาบาลจิตเวชประเทศออสเตรเลีย พบว่า 13.7% ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษามีพฤติกรรมก้าวร้าวในหอผู้ป่วย ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ มณฑาทิพย์ ชัยเปรม (2556) ที่ทำการศึกษาคำพูดของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 42.5 เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร้อยละ 28.8 พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง ร้อยละ 26.9 พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 26 พฤติกรรมก้าวร้าวด้านทำลายสิ่งของ ร้อยละ 18.3 จากพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเภททำร้ายผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 33.94 และทำร้ายพยาบาล ร้อยละ 17.92

ผลกระทบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ 2) ผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่น ทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายหรือเป็นที่นำหวาดกลัวสำหรับผู้ป่วยรายอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยอื่นถูกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้าย ร้อยละ 55.2 (Chou et al., 2002) 3) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินได้รับความเสียหาย และ 4) ผลกระทบต่อบุคลากร พบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะถูกคุกคามจากผู้ป่วยสูงมากเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่น เพราะพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะเป็นขณะที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (วัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543 อ้างใน วิวรรณ วงศ์ดาชี, 2561) และ บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย ร้อยละ 88 แบ่งลักษณะการบาดเจ็บได้ดังนี้ พยาบาลบาดเจ็บเฉพาะร่างกาย ร้อยละ 27 พยาบาลบาดเจ็บทางจิตใจร้อยละ 21 พยาบาล ถูกผู้ป่วยทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจร้อยละ 25 (Delaney et al., 2001 อ้างถึงใน วาสนา สุระภักดิ์, 2552) ทำให้บุคลากรบางคนเกิดความรู้สึกกลัวและโกรธอยากหนีไปจากที่ทำงาน ส่วนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งเป็นการจัดการในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยทีมในการจัดการช่วยเหลือ เนื่องจากในบางครั้งบุคลากรไม่



สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงคนเดียวจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันในทีมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากการจัดการไม่มีประสิทธิภาพสถานการณ์อาจทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม (Barlow et al., 2000 อ้างใน วิวรรณ วงศ์ตาชี, 2561)

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในระยะอาการวิกฤตฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2563 2564 และ 2565 มีผู้ป่วย เข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย จำนวน 2,170 ราย 2,150 ราย และ 1,666 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุดเป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 75 ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา ตั้งแต่ความรุนแรงเล็กน้อยจนถึงการเกิดความรุนแรงมาก ซึ่งระยะเวลาในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสามารถพบได้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงสัปดาห์ที่ 2 จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงถึงระดับ E ประกอบด้วย การทำลายทรัพย์สิน ร้อยละ 62 การทำร้ายเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 14 และ การทำร้ายตนเอง ร้อยละ 24 แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ผ่านมา คือ การให้ยาฉีด pm และการจำกัดบริเวณผู้ป่วยโดยเข้าห้องแยก แต่ยังพบว่า มีอุบัติการณ์การบาดเจ็บเกิดขึ้น จากสถิติในปีงบประมาณ 2565 มีบุคลากรยังได้รับบาดเจ็บจากการเข้าจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 3 คน และยังพบว่า มีบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยในส่วนของพยาบาลวิชาชีพมีจำนวน 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน จากเหตุผลดังกล่าวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และการรักษาพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา แนวทางการพัฒนาบทบาทและการจัดการทางการพยาบาลกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมพยาบาลในการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### 3.1 บทวิเคราะห์

การจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งเป็นการจัดการในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยทีมในการจัดการช่วยเหลือเนื่องจากในบางครั้งบุคลากรไม่สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงคนเดียวจำเป็นต้องมีการร่วมมือกันในทีมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหากการจัดการไม่มีประสิทธิภาพสถานการณ์อาจทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม(Barlow et al., 2000) พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การบริบาลผู้ป่วยตลอดเวลาทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด และเป็นผู้ที่เชื่อมประสานให้กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามแผนอย่างมีคุณภาพ โดยจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ทันสมัย มีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการ มีทักษะด้านการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความรู้ความสามารถเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลที่จัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย

ของผู้ป่วยและต่อผู้ให้การช่วยเหลือ รวมทั้งทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรและสมรรถนะที่มียาบาลในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้สอดคล้องกับบริบทและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งจะส่งผลให้การจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3.2 แนวความคิด

แนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรในทีมการพยาบาลให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ แนวคิดพฤติกรรมรุนแรง การประเมินพฤติกรรมรุนแรง และการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

### 3.3 ข้อเสนอ

โดยผู้ศึกษาสอนความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทให้บุคลากรในทีมพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ด้านความรู้บุคลากร ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง ความรู้การใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) และกลยุทธ์การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างทัศนคติ โดยสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง โดยใช้หน้าต่างพฤติกรรมบุคคล (Jo-Hari Window) ประกอบด้วย การฟังตนเอง การฟังผู้อื่น การเปิดเผยตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้อื่น

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยแบ่งระดับกลยุทธ์การจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงออกเป็น 3 กลยุทธ์ คือ 1) กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) จัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 1 2) กลยุทธ์การจัดการ (Anticipatory strategies) จัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับ 2 และระดับ 3 3) กลยุทธ์การสกัดกั้น (Containment strategies) จัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับ 2 และ ระดับ 3 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

### 3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย เกิดความไม่มั่นใจในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงและการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้บางครั้งเกิดความผิดพลาดในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แนวทางแก้ไขผู้ศึกษาได้จัดการประเมินทบทวนฝึกทักษะการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน

### 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมพยาบาลในการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรง

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- บุคลากรในทีมการพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น  $\geq 80\%$
- อัตราการได้รับบาดเจ็บของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเท่ากับ ร้อยละ 0