ประกาศกรมสุขภาพจิต
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

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

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสิดา)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๖๑ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางนิฎย์ฐา ยอดแก้ว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๐๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๐๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการบำบัดแบบพื้นฐานของการจริญสติ	การพัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิด บนพื้นฐานของการเจริญสติต่อผู้ป่วย โรคซึมเศร้า
๒.	นางสาวดวงสุดา บุตรสอน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๕๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๔๕๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แนวคิด ฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery)	โครงการส่งเสริมสุขภาพ กาย ใจ ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหญิงที่มีโรคความดัน โลหิตสูงร่วม โดยใช้หลัก ๓อ ๑ย

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวดวงสุดา บุตรสอน

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ชำนาญการ ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 453 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต**

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แนวคิดฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery)

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 พฤษาคม 2565 – 24 พฤษาคม 2565

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania หรือ hypomania) ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยโรคอารมณ์สองขั้วพบความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายที่ 3.3% และ2.6% ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว คือ อายุ 20 ปี แต่ผู้ป่วยบางคนอาจเริ่มมีอาการในระยะก่อนเข้าวัยรุ่นหรือวัยรุ่นตอนต้นก็ได้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า โรคนี้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ อันดับที่ 6 ของโลก และยังพบอีกว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ (กรมสุขภาพจิต, 2561) ซึ่งโรคอารมณ์สองขั้วอาการในแต่ละช่วงอาจเป็นอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือหลาย ๆ เดือน อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการดูแลตนเองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ รวมไปถึงการทำร้ายตัวเอง และปัญหาการฆ่าตัวตาย (คลินิกจิตเวช ธรรมศาสตร์, 2565) หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์รุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

จากข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบว่าโรคอารมณ์สองขั้ว(F31) มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นอันดับ 3 รองจาก โรคจิตเภท (F20) และความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพสารกระตุ้นประสาท รวมทั้งคาเฟอีน (F15) (สถิติประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2564) พบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว(F31) ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มมากขึ้น คือ 11,395 ราย 10,797ราย และ11,846 ราย (ตามลำดับ) ส่วนในแผนกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2563-2565 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วตามลำดับดังนี้ 342 ราย, 368 ราย และ 433 ราย (ตามลำดับ) จากสถิติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว(F31) ในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ปี พ.ศ. 2563-2565 ดังนี้ 15 ราย, 15 ราย และ 26 ราย (ตามลำดับ) นับเป็นอันดับสองรองจากโรคจิตเภท ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ามารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหญิง มีแนวโน้มมากขึ้น

จากบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหญิง ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชหญิง ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยให้บริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย โดยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มา

ด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว มักมาด้วยอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลได้ จึงต้องนำส่งโรงพยาบาล ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว ประกอบด้วย 2 วิธีหลัก คือ การรักษาด้วยยา และการรักษาที่ไม่ใช้ยา (Miklowitz, D. J., et al., 2021) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลจิตเวช จึงให้การดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา โดยเน้นให้การพยาบาลแบบรายบุคคล เนื่องจากอยู่ในระหว่างสถานการณ์โควิดระบาด ซึ่งประเด็นที่ให้การพยาบาลและจิตบำบัด ดังนี้ 1) โรค อาการและสาเหตุการเกิดโรค 2) การจัดการกับความเครียดและทักษะการเผชิญปัญหา 3) การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน 4) การดำเนินโรค อาการเตือน การป้องกันการป่วยซ้ำ และ 5) การรักษาและความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งนำแนวคิดฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นการประเมิน และขยายจุดแข็ง(Strength) ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำจุดแข็งมาพัฒนาตนเองก้าวไปสู่เป้าหมายหลัก คือผู้ป่วยบอกว่า “อยากสุขภาพดี หายป่วยจิตเวช และได้ใช้ประสบการณ์ช่วยผู้ป่วยอื่นได้” และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การเดินทางก่อนจะถึงเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายย่อย ดังนี้ 1)“ฉันจะรู้เท่าทันอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง” 2)“ฉันจะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ให้ครบทุกมื้อ สม่ำเสมอ” 3) “ฉันจะพูดคุยอย่างสงบเมื่อฉันอยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จะไม่พูดโดยใช้อารมณ์” ซึ่งในบทบาทของพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมเดินทาง ให้การสนับสนุน โดยใช้เทคนิคทางการพยาบาล และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้จักการควบคุมอารมณ์ สามารถอยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชนได้ และป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 ขั้นตอนการดำเนินการ

1) คัดเลือกผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่สนใจศึกษา

2) ศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติพัฒนาการ ประวัติครอบครัว ซึ่งได้จากแฟ้มประวัติ จากการบันทึกทางการพยาบาล การสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ จากผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และทีมสหวิชาชีพ

3) ทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา และผลการวิจัยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

4) ทบทวนทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (Peplau’s Interpersonal Relation Theory) และแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) เพื่อนำมาใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษา

5) นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามกระบวนการทางพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วางแผนการพยาบาล (Planning) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงการวางแผนจำหน่าย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery)

4.2 เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำจุดแข็งมาพัฒนาตนเองสู่เป้าหมายหลัก คือ“อยากสุขภาพดี หายป่วยจิตเวช และได้ใช้ประสบการณ์ช่วยผู้ป่วยอื่นได้” และมีการวางเป้าหมายย่อยเพื่อให้ก้าวสู่เป้าหมายหลัก คือ ให้รู้เท่าทันอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ และรู้จักวิธีการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่ใช้อารมณ์ในการสื่อสาร รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถอยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชนได้ และป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 หลังให้การพยาบาล ค่าคะแนน Thai Young Mania Rating Scale (TMRS) ลดลง

5.2 ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

5.3 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถแจ้งอาการเตือนที่ต้องนำผู้ป่วยพบแพทย์ได้ถูกต้อง

5.2 ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนได้ และไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmit) ภายใน 90 วัน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery)

6.2 ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเรื้อรังที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ด้วยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 เกิดองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงของการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมีคุณภาพ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีความคิดเป็นของตนเอง และไม่ค่อยรับฟังคนอื่น ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยทางจิต 2 คน คือ กรณีศึกษา และน้องสาว ซึ่งป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วเช่นกัน และบ่อยครั้งที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว รวมถึงมีพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชน คือ ไม่ทะเลาะกับวิน และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง จะหงุดหงิด ร้าวร้าว ด่าหยาบคาย ทำให้เกิดความเดือดร้อนทั้งในครอบครัว และชุมชน รวมถึงขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปรับยาเอง ทำให้ระหว่างการรับเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาลจึงต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูล เกิดการยอมรับ และร่วมมือมากขึ้น ซึ่งต้องมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลจิตเวชชุมชน

ทีม peer support พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลในหอผู้ป่วยในการประเมิน ดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมถึงความรู้ ทักษะบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย การสื่อสาร และให้ความรู้กับญาติ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รู้จักการควบคุมอารมณ์และแสดงออกถึงความต้องการอย่างเหมาะสม สร้างความร่วมมือตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการการดำเนินการ

8.1 ขั้นตอนการศึกษาข้อมูล ผลการศึกษา และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หรือทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต้องมีการศึกษาทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ซึ่งทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ จึงมีความจำเป็นในการเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

8.2 จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้การดำเนินการในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค จึงเน้นการให้บริการแบบรายบุคคล

8.3 ช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่ให้ความร่วมมือ ต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการประเมิน และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

8.4 การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลสู่ ครอบครัว และชุมชน

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) มาให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

9.2 กระบวนการทำงาน ร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ของสหวิชาชีพ และควรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หรือมีช่องทางในการให้คำปรึกษา ทั้งผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อได้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....

☑ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวดวงสุดา บุตรสอน

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 453 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต**

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการส่งเสริมสุขภาพ กาย ใจ ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหญิงที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม โดยใช้ หลัก 3อ 1ย

2) หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านในปี พ.ศ.2573 และ 2.1 พันล้านภายในปี พ.ศ.2593 (WHO, 2022) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยพบว่า ในปี 2550 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.57 และ ร้อยละ 19.6 ในปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563 และสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564, น12) คาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี พ.ศ.2566 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564, น.11)

ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในหนึ่งรายมักมีการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจตามมา จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.2 มีคุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีมากที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 17.0 และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 53.3 (กุลธิดา กุลประทีปัญญาและคณะ, 2563) สอดคล้องกับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และมักมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค (มาริสา จิตต์นุพงศ์บุญพันธ์ และเสาวภา ปานเพชร, 2562) ซึ่งในบริบทของหอผู้ป่วยสูงอายุหญิง ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จากสถิติ ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไว้เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยสูงอายุหญิง มีโรคทางกายที่พบมากสุด คือ ความดันโลหิตสูง (32 ราย) รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง (16 ราย) และเบาหวาน (15 ราย) จากการสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวในกลุ่มที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมในหอผู้ป่วย พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 77.78 และพบว่าหนึ่งรายในจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน คือโรคหลอดเลือดสมอง ต้องส่งต่อโรงพยาบาลทางกาย และรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในนานขึ้น โอกาสในการฟื้นหายจากโรคทั้งทางกายและจิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่าย เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ 1 รายจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือให้การดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณควบคู่กันไป

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน จากการศึกษาของ วราภรณ์ ชาติพหลและคณะ (2021) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ตามหลักการ คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา (3อ. 2ส.) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ตามหลัก 3อ.2ส. พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง (NCD) หรือโรคไม่ติดต่อ ด้านจิตใจ ภาวะทุพพล และอาจเป็นภาระของสังคมในการดูแล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value เท่ากับ 0.002, <0.001, <0.001 และ 0.043 ตามลำดับ สอดคล้องกับ หลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีในผู้สูงอายุ ได้แก่1) อาหาร: รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 2) อากาศ: สิ่งแวดล้อมดี มีอากาศบริสุทธิ์ 3) ออกกำลังกาย: อย่างน้อยสัปดาห์ 3 ครั้ง ครั้งๆละ 30 นาที 4) อนามัย: ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 5) แสงอาทิตย์: รับแสงตอนเช้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที สามารถชะลอการเกิดโรคกระดูกพรุน 6) อารมณ์: ควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม 7) อดิเรก: ช่วยคลายเหงาและใช้ให้เวลาให้เกิดประโยชน์ 8) อบอุ่น: สร้างความอบอุ่นคนในครอบครัวและเป็นที่รักของลูกหลาน 9) อุจจาระ/ปัสสาวะ: ป้องกันด้วยการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้ และดื่มน้ำให้เพียงพอ 10) อุบัติเหตุ:จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ แสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น และ11) อนาคต: ผู้สูงอายุควรเข้าร่วมสังคมตามสมควร (จิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ, 2561) ซึ่งบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวชหญิงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ยังไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน

ดังนั้น ในบริบทหอผู้ป่วยผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาจากหลักในการส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส.(อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย บุหรี่ สุรา) และหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีในผู้สูงอายุ โดยนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับปัญหาและบริบทของหอผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ซึ่งมีปัจจัยที่สำคัญ คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และยา หรือ หลัก 3อ.1ย. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ให้มีความรู้(Knowledge) มีทักษะ (Skill) ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเสริมแรงโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานการพยาบาล

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

<u>บทวิเคราะห์</u>

"ผู้สูงอายุ"ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สภาพแวดล้อม การบริโภคอาหาร ความเสื่อมโทรมของร่างกาย ความเครียด การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเกษียณอายุ เป็นต้น ความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ทั้งการเคลื่อนไหวร่างกาย ความคิดช้าลง การเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลทำให้ความเสื่อมถดถอยของร่างกายเพิ่มมากขึ้น จนอาจนำไปสู่สภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามมา ที่พบได้บ่อย ไดแก่ นอนไม่หลับ วิงเวียนศรีษะ เบื่ออาหาร ปวดข้อเข่า ความจำบกพร่อง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก และหกล้ม เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ, 2561น.13-29) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ การรู้คิดและการรับรู้ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งผู้ป่วยเอง และญาติ ที่อาจต้องมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

แนวความคิด

จากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al.,2002) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางสังคมและมีการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงเห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะ และความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

นอกจากนี้แนวคิด"การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ" (healthy ageing) องค์การอนามัยโลก (World Health Assembly, 2016) ซึ่งได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "Healthy Ageing" ว่าคือ "กระบวนการของการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการมีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ (Functional ability) ที่จะทำให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ (wellbeing) ซึ่งจะเป็นไปได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อม และโอกาสที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีคุณค่าตลอดช่วงชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี แม้มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ แต่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอ

การดูแลผู้สูงอายุที่แม้จะมีความเจ็บป่วยด้านร่างกาย หรือจิตใจ แต่ยังเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีบทบาทหน้าที่ของตน จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การส่งเสริมสุขภาพ"การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ" และ"หลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ" มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อให้ฟื้นคืนสู่สุขภาวะ โดยประยุกต์ให้สอดกับบริบทของหอผู้ป่วย คือ หลัก 3อ.1ย. (3อ: อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และ1ย: ยา) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ บูรณาการให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานและตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพของตนอย่างเหมาะสม และสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาพวะ กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

จากผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัย อาจมีหลงลืมง่าย หรือมีความเสี่ยงในการดูแล จึงต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ และมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุ ซึ่งต้องมีการประเมินเป็นรายบุคคล และต้องมีการประสานภาคีเครือข่ายในการดูแล ได้แก่ 1) แพทย์ ในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) เภสัชกร ในการติดตามเรื่องการรักษาด้วยยาหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาทางจิตเวช 3) นักกายภาพบำบัด ในการฝึกเดิน การป้องกันอุบัติเหตุ 4) นักโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอเฉพาะโรค 5) นักกิจกรรมบำบัด ในการส่งเสริมทักษะและกิจกรรมแก่ผู้ป่วย 6) นักสังคม ในการประสานกับญาติ

เพื่อวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัยตามความเหมาะสม 7) พยาบาลจิตเวชชุมชน ในการลงเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีประวัติความรุนแรงในชุมชน และ8) ที่สำคัญ คือ ญาติ ที่ต้องประสานให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ญาติจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และเนื่องจากในช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้มีข้อจำกัดในการมาเยี่ยมผู้ป่วย จึงมีการให้บริการโดยใช้ Telemedicine หรือการโทรแจ้งญาติในรายที่มีข้อจำกัดเรื่องสัญญาณอินเตอร์เน็ต ทำให้เกิดกระบวนการดูแลแบบใหม่ โดยนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแล ส่งเสริม สนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมใน 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ จากภาคีเครือข่าย ทีมสุขภาพ และผู้ดูแล โดยใช้หลักหลัก 3อ.1ย. (3อ: อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และ1ย: ยา) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะ ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว หรือในรายที่มีความบกพร่อง ญาติก็สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1) ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กาย ใจ ด้วย 3อ. 1ย. มากขึ้น ร้อยละ 80

5.2) ผู้ป่วยมีทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากขึ้น ร้อยละ 80

5.3) ผู้ป่วยตระหนักถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80