



ประกาศกรมสุภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น 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 ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๘๖ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวสุปราณี ผิวสะอาด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๖๕ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๔๖๕ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยา	โครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วย จิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
๒.	นางสาวสุชรินทร์ มีसानุ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
๓.	นางสาวกฤติยา สร้อยคำ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๙๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๔๙๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยจิตบำบัดตามแนวคิด satir model

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางสาวสุษรัตน์ มีสานุ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ 354 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา
กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 กุมภาพันธ์ – 1 มีนาคม 2566 (รวม 27 วัน)
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชโดยพบความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-0.7 และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการใน 2 ลักษณะ คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) พฤติกรรมและการพูดผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้าลง (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง (poor self-care) เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรังของสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่ อาจทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบได้ง่าย (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564)

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบมากที่สุด ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว อาการหวาดระแวงเป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือคิดว่ามีคนจะทำความร้าย และอาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว (กรมสุขภาพจิต, 2560)

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ/ไม่สมหวัง/ความโกรธ หรือถูกรุกราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่รายงานภาวะของโรคจิตเภทเป็นลำดับต้น โดยผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 87.8 และมีแนวโน้มของพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มสูงขึ้นสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า (World Health Organization, 2019) โดยพฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกทางวาจา การทำลายข้าวของ การทำร้ายตนเอง และทำร้ายร่างกายผู้อื่นที่มีเป้าหมายให้ผู้อื่นเกิดอันตรายโดยตรง เป็นการแสดงออกที่พบได้มากและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉิน

ทางจิตเวชซึ่งพบอัตราความชุกในชุมชนมากถึงร้อยละ 42.90 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นและสิ่งของมากถึงร้อยละ 84.80 (ศิริพรรณ ธนชัย และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2562) ทำให้ญาติและผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่เป็นครั้งคราวขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง (violence) มีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมรุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนาน สภาพทางจิตที่รุนแรง ประวัติพฤติกรรมรุนแรง อายุที่ไม่มาก และชั่วโมงการนอนกลางคืนน้อยกว่า 2.1 – 4 ชั่วโมง แต่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) ปัจจัยด้านการถูกบีบบังคับ และ 2) ปัจจัยอารมณ์โกรธ ทั้งสองปัจจัยนี้ล้วนเป็นตัวกลางระหว่างสิ่งที่นำมาก่อนกับผลลัพธ์ที่ตามมา คือ พฤติกรรมรุนแรง (เพชรี คันธสายบัว และคณะ, 2563)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,687,610, 2,328,308 และ 2,474,769 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 283,065, 284,273 และ 314,250 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53, 12.21 และ 12.70 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2566) มีแนวโน้มสูงขึ้น และจากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 131,484, 127,845 และ 123,811 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 44,673, 41,620 และ 39,300 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.50, 32.60 และ 31.70 และมีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 5,532, 4,500 และ 4,553 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 2,487, 1,865 และ 1,607 คิดเป็นร้อยละ 44.90, 41.4 และ 35.30 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566) จากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาจะมีแนวโน้มลดลง แต่โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีอัตราเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยโรคทางจิตเภทที่พบได้บ่อย โดยสถิติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี 2563-2565 มีจำนวน 35,752, 28,310 และ 17,674 ราย แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะมีแนวโน้มลดลง แต่พฤติกรรมก้าวร่วมนับว่าเป็นปัญหาสำหรับครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผลกระทบจากผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น ส่งผลต่อผู้ป่วยและผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ รู้สึกผิด เสียใจ ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เกิดอาการกำเริบ จนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม, 2554) และส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว บุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อาจเกิดอันตรายและความหวาดกลัวไม่ปลอดภัยและไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมที่รุนแรง สะเทือนขวัญและเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม จึงถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วทั้ง (บุคอรื มะมิง และวินิภาณูญ คณสุวรรณ, 2566) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังทางจิตเวช และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และมักมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ง่าย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เพราะนอกจากการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยควบคุมอาการผิดปกติ

ของผู้ป่วย กระบวนการดูแลทางการพยาบาลทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อศึกษาปัจจัยกระตุ้นการเจ็บป่วย การดำเนินโรค อาการ และอาการแสดง การให้การพยาบาลโดยนำทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวชต่างๆ มาวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อทำให้ทราบถึงปัจจัยกระตุ้นการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่นั้น เกิดขึ้นจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสภาพแวดล้อม ทั้งตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 กระบวนการ คือ กระบวนการดึงดูดความสนใจ กระบวนการคงไว้ กระบวนการแสดงออก และกระบวนการจูงใจ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว และนำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) มาประยุกต์ใช้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วยและเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง หาแนวทางในการป้องกันการกำเริบของโรค ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บ รู้สึกผิด เสียใจ ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รายงาน และผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจศึกษา
3. รวบรวมและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติพัฒนาการ ประวัติครอบครัว ซึ่งได้จากแฟ้มประวัติ จากการบันทึกทางการพยาบาล การสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ จากตัวผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปรึกษาแพทย์เจ้าของผู้ป่วยและทีมการพยาบาล
4. นำข้อมูลที่รวบรวมมาได้มาวิเคราะห์และวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา และแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดของเพปเปลว (Peplau's interpersonal Relation Theory)

6. วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7. สรุปและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

8. ให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลทางจิตเวช ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ในด้านการให้การพยาบาลและการเขียนเอกสารทางวิชาการ

9. จัดพิมพ์กรณีศึกษา นำเสนอต่อกลุ่มงานการพยาบาล ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองผลงานวิชาการ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลังจากให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา และแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการบำบัดของเพลบลาว (Peplau's interpersonal Relation Theory) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความก้าวร้าวได้ ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและโรคจิตเวชอื่นๆที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. พัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับผู้สนใจทั่วไป

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ ในระยะ สัปดาห์แรกของการรักษา ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงและมีอาการหวาดระแวงมาก ทำให้ต้องฉีดยา (PRN) บ่อยครั้ง และฉีดยา (PRN) ติดต่อกันมากกว่า 3 Dose จำเป็นต้องปรับยา การเริ่มสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จึงดำเนินการหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มอาการสงบ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในระหว่างการสอนหาเพื่อการบำบัด บางครั้งผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย หวาดระแวง อารมณ์ไม่คงที่ จึงต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหลายครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

9) ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง จึงควรส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้ง โทรติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาลทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน และจากนั้นติดตามทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี ตามลำดับ

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุรรัตน์ มีसानู

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 354 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท

2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี และส่งผลต่อการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันจะมีการรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (กรมสุขภาพจิต, 2560) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต และสำนักการพยาบาล, 2556) แม้ว่ายาจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้ดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท (Harrow and Jobe, 2013 อ้างถึงใน ชนันทน์ แสงปาก, ภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ และวรณัฐ กิตสัมบันท์, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะผลกระทบทางตรงจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก (Hardeman, Harding & Narasimhan, 2010 อ้างถึงใน ประหยัด ประภาพรหม, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น และภัทรารณณ์ พุ่งปันคำ, 2556) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563-2565 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษามากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนทั้งหมดเท่ากับ 2,487, 1,864 และ 1,160 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.9, 41.4 และ 35.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566) เมื่อทบทวนผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ผู้เป็นโรคจิตเภทมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าโรคทางจิตเวชอื่น โดยพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 90 วัน จำนวน 190 , 140 , 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.64, 7.51 และ 10.60 ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566)

นอกจากนี้ ในปี 2565 ที่ผ่านมา หอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการกำเริบและกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำใน 90 วัน จำนวน 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.23 ซึ่งจะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง แม้ว่าที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลศรีธัญญาได้มีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างครอบคลุมเพื่อไม่ให้กลับมารักษาซ้ำ เช่น การให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม SLA Program ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ในการบำบัดเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การสังเกตอาการเตือน การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ส่งเสริมทักษะทางสังคม และการจัดการกับความโกรธ (Anger Management) แต่ทั้งนี้การดูแลดังกล่าวไม่สามารถเปลี่ยนผลลัพธ์ให้ดีขึ้นตามสถิติที่กล่าวมาข้างต้น จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 15 แฟ้ม เพื่อหาสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากที่สุดร้อยละ 93.3 โดยมี พฤติกรรมหยุดยาเอง ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 8 ราย พบว่า ผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง ได้แก่ หยุดยาเอง ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ได้ถูกต้อง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา รู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยา คิดว่าการรับประทานยาทางจิตเป็นเวลานานจะทำให้ติดยา คิดว่าการรับประทานยาก่อให้เกิดความรู้สึกมีตราบাপ และการรับประทานยาจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ง่วงนอน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาผิดเวลา ลดและเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ขาดความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา ขาดทักษะการจัดเตรียมยา และการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จึงสนใจที่จะพัฒนาตนเองโดยการนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ของ ประหยัด ประภาพรหมและคณะ (2556) มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อช่วยแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยลดการกลับมาป่วยซ้ำ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำนี้ เป็นโปรแกรมที่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยกระบวนการบำบัดจะยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้ผู้ป่วย

ค้นหา แกไขความรู้สึกที่ขัดแย้งเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา ตลอดจนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมภายหลังที่ได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียต่างๆ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แผนการรักษา การรักษาด้วยยา การจัดเตรียมยา ทักษะกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การเข้ารับบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

แนวความคิด

แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของ มิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1991) เป็นกระบวนการสนทนา (Style of interaction) ที่มีโครงสร้าง ทิศทางชัดเจน ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยแก้ไขความลังเลใจ โดยสร้างแรงจูงใจภายใน และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นมีพันธะสัญญาที่จะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) ของฟาร์แควเกอร์ (Farragher, 1998) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง โดยที่ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและเป็นผู้เลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาด้วยตัวเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษา ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย 5 ลักษณะคือ 1) การใช้ยาให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 2) ใช้ยาถูกต้องตามเวลา 3) การใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 4) ไม่หยุดใช้ยาเอง 5) ใช้ยาถูกขนาดไม่ปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ของคิงด็อนและเตอร์คิงตัน (Kingdon & Turkington, 1994) เป็นการบำบัดในเชิงรุกและแบบมีทิศทาง (active and directive) มีช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด (time-limited) และมีโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย โดยทั่วไปเนื้อหาในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และเลือกนำไปใช้ตามสถานการณ์ที่เหมาะสม (stimulus change)

ทฤษฎีกระบวนการกลุ่มของเคิร์ท เลวิน (Lewin, 1945) มีแนวคิดที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ คือ 1) พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม 2) โครงสร้างของกลุ่มจะเกิดจากการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกัน และจะมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม 3) การรวมกลุ่มจะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มในด้านการกระทำ ความรู้สึก และความคิด 4) สมาชิกกลุ่มจะมีการปรับตัวเข้าหากันและจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานลุล่วงไปได้ตามเป้าหมายของกลุ่ม

ข้อเสนอ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1991) แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (medication adherence) ของฟาร์เรกเกอร์ (Farragher, 1998) เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ของคิงดอนและเตอร์คิงตัน (Kingdon & Turkington, 1994) และทฤษฎีกระบวนการกลุ่มของเคิร์ท เลวิน (Lewin, 1945) รวมทั้งนำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหากิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคจิตเภทและการรับประทานยา ก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) กำหนดรูปแบบการดำเนินกิจกรรม โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ ประหยัด ประภาพรหมและคณะ (2556) มาใช้
- 3) คัดเลือกผู้ป่วย จำนวน 30 คน คุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่มีลักษณะ disorganized typed มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยประเมินจากแบบตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini-Mental Status Exam) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ให้ความร่วมมือ มีสมาธิ และมีความพร้อมในการทำกิจกรรมกลุ่ม
- 4) สถานที่ทำกิจกรรม คือ ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม ในหอผู้ป่วยมุ่มมัน 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา
- 5) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับทราบและนัดหมายการดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-70 นาที จำนวน 4 ครั้ง/สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี เวลาราชการ
- 6) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการ
- 7) ดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 6-8 คน จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-70 นาทีเป็น เวลา 4 วัน รวมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 4 การทบทวนความพร้อมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

8) หลังจากดำเนินกิจกรรมกลุ่มนี้ครบถ้วน ทั้ง 4 กิจกรรม ทำประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อประเมินผู้ป่วยหลังเข้าโครงการทันที

9) ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครบ

10) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ได้แก่ทีมทางการแพทย์บาล
ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนทำกลุ่มครบ แก้ไขโดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลก่อนจำหน่ายแทน

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดการ
กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

2. มีเครื่องมือในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและ
ช่วยให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น สามารถประเมิน และวางแผนในการดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีการวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทการ
กลับมารักษาซ้ำ

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร้อยละ 80

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่กลับมารักษาซ้ำใน 90 วัน ร้อยละ 80