



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 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 ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมสิตา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

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

| ลำดับที่ | ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน                                                                                                                                   | ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/<br>หน่วยงาน                                                                                                            | ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน                                       | ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน                                                                  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑.       | นางสาวสุปราณี ผิวสะอาด<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๖๕<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๖๕<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต | การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ร่วมมือ<br>ในการรับประทานยา      | โครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ<br>ในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วย<br>จิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ |
| ๒.       | นางสาวสุชรัตน์ มีसानุ<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๔<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๓๕๔<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต | การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท<br>ชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว | ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ<br>ในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา<br>สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท       |
| ๓.       | นางสาวกฤติยา สร้อยคำ<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๔๖<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๔๔๖<br>กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>กลุ่มภารกิจการพยาบาล<br>โรงพยาบาลศรีธัญญา<br>กรมสุขภาพจิต | การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรม<br>การฆ่าตัวตาย        | การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<br>ด้วยจิตบำบัดตามแนวคิด satir model                                |

### ส่วนที่ 3   แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวสุปราณี ผิวสะอาด

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 465 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 ธันวาคม 2565 – 1 กุมภาพันธ์ 2566 (รวม 55 วัน)
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท เป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.31 และการสำรวจระดับวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 (กรมสุขภาพจิต, 2560)

โรคจิตเภท มีลักษณะความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการใน 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 ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่อาจทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบได้ง่าย (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) การดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท ในโรงพยาบาลจิตเวช เน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง แนวทางหลัก ในการรักษาโรคจิตเภทคือ ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics drug) ช่วยควบคุมอาการ (ณัฐพล บุตตะโยธี, 2564) เมื่อสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตัวเองได้ จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาวซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ผ่องศรี งามดี, 2563)

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในประเทศไทย รายงานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่ผ่านมา 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, 2565) มีแนวโน้มสูงขึ้น และจากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 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 และมีผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 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) จากข้อมูลข้างต้นแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะมีแนวโน้มลดลง แต่โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีอัตราเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเพิ่มสูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) ที่กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โดยพยาบาลต้องประเมินความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง และสามารถแยกแยะความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อที่จะสามารถกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงและสนองตอบกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยเหลือ แนะนำ สอน ให้กำลังใจ และการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความต้องการได้ รวมทั้งสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิตดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาทางจิตได้ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำองค์ความรู้มาประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ การเตรียมครอบครัวและชุมชนนับว่ามีความสำคัญ เพราะภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้กับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเป้าหมายสูงสุดคือการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำ ลดความรู้สึกเป็นตราบาปในชีวิต สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ และใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

#### 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง รับไว้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ครั้งที่ 2 จำหน่ายล่าสุด 3 ตุลาคม 2562 กลับไปอยู่บ้านได้ 3 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มาด้วยอาการ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล หงุดหงิดก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายมารดาโดยการตบหน้า พุดคนเดียว กลางคืนไม่นอน เดินไปมา วุ่นวาย หลงผิดคิดว่าตัวเองร่ำรวย มีเงินมีทุนในห้างสรรพสินค้าเยอะ แพทย์วินิจฉัยโรคจิตเภท อาการของผู้ป่วยขณะแรกรับ คือ สีหน้าแววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวปกติ การทรงตัวดี แยกตัว ถามตอบตรงคำถาม หลงผิดคิดว่าตัวเองใหญ่โต ร่ำรวย เป็นคนใหญ่คนโต (Grandeur delusion) ยอมรับว่าใช้ใบกระท่อม มีพุดคนเดียว กลางคืนนอนไม่หลับ แผนการรักษา ปัจจุบัน ได้รับการบำบัดด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และสิ่งแวดล้อมบำบัด การเข้ากลุ่มบำบัด

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีพบว่าปัญหาดังนี้ คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู การรับรู้ผิดปกติและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย 2) เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 3) บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ และ 4) มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ศึกษาได้สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

โดยการเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ แผนการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำจิตบำบัด รายบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด SLA program และเข้าโครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หลังให้กิจกรรมการพยาบาล 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วย มีสีหน้าแวววาวแจ่มใส การเคลื่อนไหวปกติ การทรงตัวดี พูดคุยกับเพื่อนได้ พูดคุยรู้เรื่อง ถามตอบตรง คำถาม รับรู้การเจ็บป่วยทางจิตไม่ถูกต้อง ยังมีหลงผิดคิดว่าตัวเองใหญ่โต ร่ำรวย เป็นคนใหญ่คนโต (Grandeur delusion) ยอมรับว่าใช้ใบกระท่อม แต่ไม่คิดว่าใบกระท่อมจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ ที่ขาดยาเพราะคิดว่าตนหายแล้ว ปฏิเสธหว่านภาพหลอน กลางคืนนอนหลับ ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น สามารถบอกถึงแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ โดยเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้ป่วยจะพูดคุยกับมารดา และพยายามเลิกใช้ใบกระท่อมในการแก้ไขปัญหา และผู้ป่วยมองตนเองด้านบวกมากขึ้น โดยมองเห็นศักยภาพของตนเอง ต่อครอบครัวคือ ตนเองมีคุณค่าต่อมารดา สามารถช่วยดูแลมารดา และกลับไปทำงานขับวินมอเตอร์ไซด์ รับจ้างได้เหมือนเดิม

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รายงาน และผลการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่สนใจศึกษาและมีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
3. รวบรวมและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติพัฒนาการ ประวัติครอบครัว ซึ่งได้จากแฟ้มประวัติ จากการบันทึกทางการพยาบาล การสังเกต การสัมภาษณ์ การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ จากตัวผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วย และทีมที่ให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยศรีธัญญา 6
4. นำข้อมูลที่รวบรวมมาได้มาวิเคราะห์และวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)
6. วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
7. สรุปและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
8. ให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลทางจิตเวช ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ในการให้การพยาบาลและการเขียนเอกสารทางวิชาการ
9. จัดพิมพ์กรณีศึกษา นำเสนอต่อกลุ่มภารกิจการพยาบาล ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองผลงานวิชาการ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา และนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ตามประเด็นปัญหาและความต้องการ

ของผู้ป่วย ตลอดจนให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้

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

1. ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียจากการใช้ใบกระท่อม มีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและไม่กลับไปใช้ใบกระท่อมซ้ำ
3. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้
4. ญาติมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

#### 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอื่นๆ ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา
2. เป็นแนวทางให้คำปรึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอื่นๆ ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอื่นๆ ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา และสำหรับผู้สนใจทั่วไป

#### 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดรุนแรงและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการตลอดเวลา และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
2. ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงผลเสียจากการใช้ใบกระท่อม ไม่คิดว่าใบกระท่อมเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ เนื่องจากที่บ้านปลูกและใช้กันมาตั้งแต่รุ่นปู่ย่าตายาย

#### 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในระหว่างการทำกลุ่มบำบัด พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มทุกครั้งเนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดรุนแรงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการตลอดเวลา และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

#### 9) ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ
2. ควรได้รับการเสริมแรงเชิงบวกในการเลิก ลด ละการใช้ใบกระท่อม
3. ควรได้รับการสนับสนุนร่วมกับครอบครัว ฯ

#### 10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

#### 11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

#### ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางสาวสุปราณี ผิวสะอาด

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 465 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ

2) หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเหนือตติยภูมิ ที่เป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เชี่ยวชาญสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนในปีงบประมาณ 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 44,673, 41,620 และ 39,300 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.50, 32.60 และ 31.70 จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2,487, 1,865 และ 1,607 คิดเป็นร้อยละ 44.90, 41.4 และ 35.30 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566) จากข้อมูลข้างต้น แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มลดลง แต่เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 1 และมีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำสูง จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยศรีธัญญา 6 โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาจำนวน 249 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 175 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.28 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.57 และครั้งรอง จำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.43 จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาซ้ำจำนวน 10 ราย เพื่อหาสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจ และมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มากที่สุด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 5 ราย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ คิดว่าตนเองหายแล้ว จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา รู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงสนใจที่จะพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำ ในหอผู้ป่วยศรีธัญญา 6 โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการนำกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษา ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้การประเมินแรงจูงใจตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) เพื่อช่วยแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และลดการ

กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission)

### 3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

โครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรับประทานยา และมีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทานยาเนื่องจากผลข้างเคียงจากยา เป็นการบูรณาการที่หลากหลายผสมผสานการบำบัดทุกรูปแบบ ทั้งการให้คำปรึกษา การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการให้สุขภาพจิตศึกษา มาใช้เป็นกระบวนการบำบัด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหา แก้ไขความรู้สึกที่ขัดแย้งเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา และการมีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา ตลอดจนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission)

#### แนวความคิด

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

ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska และ DiClemente (1984) ได้อธิบายถึงกระบวนการสร้างความพร้อมของคนเราที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยได้แบ่งระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน เรียกว่า “Stages of change” ดังนี้ (1) ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation stage) (2) ขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) (3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination stage/Preparation stage) (4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action stage) (5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance stage)

#### ข้อเสนอ

จะดำเนินโครงการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยกลับซ้ำรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดเป็นกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆละ 60-90 นาที ใช้เวลา 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

##### 1. ขั้นเตรียมการ

- 1) มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลของปัญหาการรับประทานยา
- 2) ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3) กำหนดแนวทางในการดำเนินการจากปัญหาที่วิเคราะห์ โดยประยุกต์ใช้

แนวคิดการสร้างแรงจูงใจ

- 4) เสนอต่อหัวหน้าตึก เพื่อขอความเห็นในการดำเนินการ

## 2. ขั้นตอนดำเนินการ โดย

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์และนำเสนอแนวทางดำเนินการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม

2) วางแผนดำเนินการ และดำเนินกิจกรรมตามแผน ในการจัดกิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการบำบัด ครั้งที่ 2 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ครั้งที่ 3 ค้นหาตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้นที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยา ครั้งที่ 4 ประเมินคุณค่าและเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยา ครั้งที่ 5 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

## 3. ขั้นตอนติดตามประเมินผล

1) ประเมินผลหลังเข้าร่วมโครงการฯ ครบ 5 ครั้ง โดยทำแบบประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

8) ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน โดยโทรศัพท์ติดตาม

9) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และนำเสนอข้อมูล

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในระหว่างดำเนินการ บางครั้งผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด พุดนอกประเด็น ตอบไม่ตรงคำถาม ไม่สนใจระหว่างเข้ากลุ่ม แก้ไขโดยพยาบาลประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มทุกครั้ง สร้างข้อตกลงร่วมกันในกลุ่ม รวมถึงการสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย เป็นกันเอง ไม่กดดัน และบริหารจัดการเวลา ได้ภายในเวลาที่กำหนด

## 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น
2. มีแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท และช่วยให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น
3. สามารถลดอุบัติการณ์กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

## 5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 80