



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 นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสิตา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๙๑ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวมลณิลา อินทสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๕๓ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีพยาบาล กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๕๓ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีพยาบาล กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษา ด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ร่วมกับภาวะ Neuroleptic malignant syndrome (NMS)	ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ การปฏิบัติตัวในการรักษาทางจิตเวช ด้วยไฟฟ้าต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และความวิตกกังวลแบบผู้ป่วยนอก
๒.	นายธนาธิป ผันพลี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๑๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๑๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา	การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายธนาธิป ผันพลี

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 3211

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 สิงหาคม 2565 - 11 กันยายน 2565

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังรักษาให้หายขาดได้ยาก จากการรวบรวมสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดประมาณ 21 ล้านคนทั่วโลก โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมีประมาณ 0.1 ต่อประชากรพันคน อัตราความชุกมีประมาณ 3 - 10 ต่อประชากรพันคน (WHO, 2016) ในปีงบประมาณ 2560 ของกรมสุขภาพจิต มีการเร่งขยายบริการด้านสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia) ให้ได้ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งพบอัตราป่วยร้อยละ 1 ของประชากร คาดว่าทั้งประเทศมีประมาณ 650,000 คน ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในช่วงปลายวัยรุ่นตั้งแต่อายุประมาณ 16-18 ปี แต่ขณะนี้มีรายงานพบได้อายุน้อยลงคือ 10 ปี เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน เทียบเท่ากับผู้ป่วยเป็นอัมพาตทั้งตัว คาดว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดผิดปกติ จำนวน 412,394 ราย ซึ่งมีเพียง 249,139 รายหรือประมาณร้อยละ 61 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการได้รับการวินิจฉัยและรักษา และจากสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด 57,624 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเพศชาย 33,259 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 24,365 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลภายในหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า 12,688 ราย

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (พรรณพิมล วิปุลากร, 2560) โดยมีอาการแสดงสำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพที่เป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมได้ กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) สิ้นหน้าเรียบเฉย มีอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากลักษณะของโรคจิตเภทในระยะหลงเหลือ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ปัญหาที่ตามมาส่วนใหญ่พบการเสื่อมสภาพหรือเสียการกระทำหน้าที่ตามปกติที่เคยทำ เช่น ไม่สามารถดูแลตนเองด้านสุขอนามัยของตนเอง ไม่สามารถพึ่งตนเอง ไม่สามารถดำเนินบทบาททางครอบครัวและสังคมได้ (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาเพราะได้ผลดีและรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอาการคลุ้มคลั่งหรือซึมเศร้ารุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงมีอาการสงบลง ช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกับ

บุคคลอื่นในสังคมได้และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วก็ใช้การบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การทำจิตบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและถูกนำมาใช้ในการรักษามากที่สุด นอกจากการรักษาด้วยยาจะควบคุมอาการของผู้ป่วยแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) จากการศึกษาของ Yu-Cheng Kao and Yia-Ping Liu (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตที่ดีขึ้น มีจิตพยาธิวิทยา รุนแรงน้อยกว่าและผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตลดลง ยารักษาโรคทางจิตมีความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุกระยะของการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการจนถึงระยะหลงเหลือ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทำให้จำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Tay (2007) พบว่าพฤติกรรม ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการกำเริบหรือการป่วยซ้ำสูง ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ในเรื่องของยา วิธีการให้ยา การให้ความรู้เรื่องยากับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สมณฑา บุญชัย, 2545)

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2565 มาด้วยอาการสำคัญ 1 วันก่อนมา หงุดหงิด มีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุย ระแวงคิดว่าจะมีคนมาวางยาพิษ จะทำร้ายคนในบ้าน ผู้ป่วยไม่รับประทานยาประมาณ 1 เดือนเนื่องจากคิดว่าหายแล้ว

สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 65 - 21 สิงหาคม 65 ในช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยยังมีหงุดหงิดง่าย ระแวงกลัวคนมาทำร้าย แต่ไม่มีก้าวร้าวก้าวร้าว แยกตัวนอนเป็นส่วนใหญ่ มีหูแว่วเสียงคนมาคุย พูดคนเดียว ต้องกระตุ้นทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องการรับประทานยาและให้ข้อมูลในการรักษาและการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 ระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม 65 - 28 สิงหาคม 65 ผู้ป่วยไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว เริ่มมีสัมพันธภาพกับคนอื่นมากขึ้น แนะนำพบฟัง ยังมีหูแว่วแต่ผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นว่าเป็นเสียงแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ยังปฏิเสธอาการป่วยทางจิตยังมีท่าที่ระวังตัว อาการระแวงลดลง กลางคืนนอนหลับได้ ร่วมมือทำกิจวัตรประจำวัน ยังแยกตัวนอนเป็นส่วนใหญ่ พูดคุยถึงภาวะการเจ็บป่วยแต่ยังปฏิเสธเรื่องอาการเจ็บป่วยที่กำเริบจากการไม่กินยา

สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 29 สิงหาคม 65 - 4 กันยายน 65 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง รับรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว ปฏิเสธหูแว่วภาพหลอน กลางคืนหลับได้ ท่าที่เป็นมิตรมากขึ้น ไม่มีอาการระแวง มีเพื่อนมากขึ้น เริ่มยอมรับถึงปัญหาที่เกิดจากการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร่วมมือทำกิจวัตรและทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดภายในตึกได้ ยิ้มแย้มแจ่มใสมีสัมพันธภาพมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 4 ระหว่างวันที่ 5 กันยายน 65 - 11 กันยายน 65 อาการทางจิตสงบ ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว ปฏิเสธหูแว่วภาพหลอน กลางคืนหลับได้ มีสัมพันธภาพมากขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีหลงผิด พูดคุยรู้เรื่อง

เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มภายในดีก็ได้ดี แสดงความคิดเห็นสมเหตุสมผล ทำกิจวัตรประจำวันทำได้เองไม่ต้องกระตุ้น การรับรู้เหมาะสมยอมรับเรื่องการรักษาและการรับประทานยา

ผู้ศึกษาได้มีการศึกษาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้โดยการบูรณาการความรู้ทางทฤษฎีตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลและให้การพยาบาล โดยสามารถค้นหาปัญหาและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหามาได้ดังนี้

สรุปปัญหาทางการพยาบาล

1) มีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากกระบวนด้านความคิดและการรับรู้บกพร่องจากอาการหลงผิด

2) สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากอาการหวาดระแวง

3) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

ปัญหาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขแล้วแต่ต้องมีการติดตามเพิ่มเติมในเรื่องของการรับประทานยาต่อเนื่อง และเฝ้าระวังการกลับมาป่วยซ้ำ

การรักษาที่ได้รับ

1. การรักษาด้วยยา ยาที่ได้รับ

1) Perphenazine 16 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, เย็น และก่อนนอน

2) Benzhexol 5 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, เย็น

3) Chlorpromazine 100 mg 1 เม็ด ก่อนนอน

4) Haloperidol 5 mg ฉีดกล้ามเนื้อ เฉพาะเวลามีอาการรุนแรงทุก 4-6 ชั่วโมง

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด

1) จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ได้รับเข้ากลุ่มจิตบำบัดสามารถพูดคุยถามตอบ เรื่องบ้าง ยังมีความคิดหลงผิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้น้อยต้องคอยกระตุ้น แนะนำรับฟังไม่มีหงุดหงิด

2) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) จะให้ความสำคัญกับชีวิตในปัจจุบันของผู้ป่วยโดยช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะความเป็นจริงออกจากอาการทางจิต และจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวัน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการปรับตัวเน้นความสัมพันธ์เชิงบำบัด (Therapeutic alliance)

3) การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) ให้ความร่วมมือในการสนทนาดี มีท่าที่เป็นมิตร ปัญหาที่พบระหว่างการสนทนาคือผู้ป่วยยังไม่ยอมรับอาการป่วยทางจิต ไม่อยากรับประทานยา เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้ป่วย ปฏิเสธอาการทางจิตก่อนมาโรงพยาบาล มีความคิดหลงผิด ระแวง แต่เมื่อพูดคุยให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการป่วยผู้ป่วยก็รับฟังและยอมรับมากขึ้น

จากการศึกษากรณีศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและบ่อยครั้ง และโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลแบบบูรณาการและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาร่วมให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สามารถมองปัญหาในการพยาบาลได้ชัดเจนและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งมีการวางแผนร่วมกันทั้งผู้ป่วยและญาติที่ได้จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์มีวิธีดังนี้

- มีความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา ความจำเป็น การจัดการเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ให้ผู้ป่วยทบทวนถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการรักษา การรับประทานยาในอดีตว่ามีผลดีหรือไม่อย่างไร

- ให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยเกิด

ความตระหนักในการรับประทานยาพร้อมฝึกจัดยารับประทานด้วยตนเอง

- ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติโดยวางแผนอนาคต หรือหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร สร้างความมั่นใจและให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต

- ประสานงานกับทีมจิตเวชในชุมชนเพื่อวางแผนส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 สิงหาคม 2565 - 11 กันยายน 2565

4. ขั้นตอนการดำเนินการ

1) คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาจากแฟ้มประวัติที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง คือเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา โดยได้รับการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 (F20.0) และเป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหากลับมาป่วยซ้ำๆ และมีประวัติได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

2) วางโครงเรื่องที่ศึกษาแบบรายการ

3) ศึกษาผู้ป่วยโดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ บันทึกทางการแพทย์ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกต การสนทนาเพื่อการบำบัด รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการชีวิตและแบบแผนการดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิดทฤษฎี พร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์

4) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี กระบวนการพยาบาลและผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

5) วิเคราะห์ข้อมูลสรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและนำมาวางแผนให้การพยาบาล

6) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลเพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7) ตรวจสอบรวบรวมเอกสาร จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเอง ร่วมมือในการรับประทานยา สามารถดำรงชีวิตที่ดีในสังคมได้นานขึ้น

2) ลดระยะเวลาการ Admitted มากกว่า 3 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

2) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดการกลับมาป่วยซ้ำได้

3) ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และร่วมมือในการดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1) ผู้ป่วยที่ศึกษาปฏิเสธอาการเจ็บป่วยทางจิตประกอบกับการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังมานานไม่ร่วมมือในการทานยา ทำให้การพยาบาลต้องมีการวางแผนที่ซับซ้อนและต้องใช้รูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย

2) เนื่องจากสถานการณ์โควิดโอกาสที่จะได้พูดคุยกับญาติมีน้อย ทำให้กระบวนการบำบัดต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในแต่ละช่วงนั้นๆ และการพบญาติเพื่อทำความเข้าใจและให้ข้อมูลร่วมกันค่อนข้างลำบาก

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิดจึงทำให้กระบวนการต่างๆ มีความลำบากในการจัดสรรช่วงเวลาต่างๆ รวมถึงการคำนึงถึงความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อและติดเชื้อมาร่วมด้วย

9) ข้อเสนอแนะ

1) ผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง แม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งอาการทุเลาลง แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องและผู้ป่วยยังรับประทานยาไม่ต่อเนื่องอาจทำให้อาการกำเริบได้ หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้จะไม่เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการรับประทานยาต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา เพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำ

2) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน มีการวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่ชุมชนได้ในระยะเวลาที่ยาวนานที่สุดเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน 100%

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายธนาธิป ผันพลี

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้านการพยาบาล/ ตำแหน่งเลขที่ 3211

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การสร้างแรงจูงใจในการรับประชนยาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

2) หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมดและเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) และมีอัตราความชุกของโรคสูงถึง 8.8 คนต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 21 ล้านคน ซึ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคนและเพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน (WHO, 2015) จากสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปีงบประมาณ 2564 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 59,976 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเพศชาย 33,259 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 24,365 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 12,688 ราย

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การรักษาด้วยยาเนื่องจากช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยซึ่งเป็นสาเหตุหลักและสำคัญของการเกิดโรคจิตเภท ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่มักจะพบผู้ป่วยจิตเภทมากถึงร้อยละ 50 ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002) ทั้งนี้ผลกระทบที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การกลับเป็นซ้ำ อาการทางจิตกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้และสุดท้ายต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Kane, 2007) ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากจะสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (เพชรคันธสายบัว, 2544) และปัจจุบันการรักษาด้วยยานับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพเนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค สามารถควบคุมอาการและส่งผลกระทบต่อการรักษาโดยเฉพาะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องลดลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วยและลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในทางลบ ระดับการศึกษาภาวะบกพร่องของระดับการรู้คิด (Chang et al., 2014) 2) ปัจจัยด้านการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต (Brain et al., 2013) 3) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจยากจน การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการรักษา (McCabe et al., 2013) ทั้งนี้ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาที่นำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) มาใช้บำบัดกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทแล้วพบว่ามีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี

และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาลักษณ์, 2556) การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้น (Bundy, 2004) และช่วยให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการรักษาอย่างมีเป้าหมายและมีทิศทางเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง และการตัดสินใจด้วยตัวเองทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและยาวนานภายใต้ความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย (ไพรวัลย์ รมชัย, 2552)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดแรงจูงใจ (Faerden et al., 2010) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะความบกพร่องด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการขาดแรงจูงใจที่จะบำบัดรักษาต่อเนื่องและมีความยุ่งยากซับซ้อน การบำบัดรักษาที่ได้ผลลัพธ์ดีและมีประสิทธิภาพจึงควรให้การบำบัดแบบผสมผสานโดยเน้นให้ความสำคัญในการรักษาไปพร้อมๆ กับการผสมผสานการรักษาด้วยยาร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากการบำบัดที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรวมทั้งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และสามารถเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างเป้าหมายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนสามารถปรับเปลี่ยนให้ตนเองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีมากขึ้น (Freudenreich and Cather, 2012)

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทยึดตามเกณฑ์การรักษาต้องใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการในการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อรับประทายาตามเกณฑ์การรักษานั้น จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) มาเป็นองค์ประกอบของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรับประทายาอย่างต่อเนื่องโดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น โดยมีหลักการสำคัญเน้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาแก้ไขความลังเลใจของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ทศคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโดยคิดหาหลักฐานที่มาสสนับสนุนและความเชื่อทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับความคิด ความเชื่อทศคติและเปลี่ยนแปลงมุมมองของตนเองใหม่จนสามารถทำให้ผู้ป่วยมั่นใจและเห็นความสำคัญของการรับประทายาและนำมาสู่พฤติกรรมมารับประทายาอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงได้เห็นความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริงจึงสนใจพัฒนารูปแบบการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจนเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์นำไปสู่การมีวิถีจัดการที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คงอยู่อย่างถาวรและยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการรับประทายาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับประทายาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการบำบัดมากกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ