



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 ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๕ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวชลันดา ลาภเจือจันทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๐๔๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๐๔๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยการฟื้นฟู สมรรถภาพทักษะการดูแลตนเองและทักษะ การดูแลภายในบ้าน : กรณีศึกษา	โครงการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้กลุ่มศิลปะบำบัด
๒.	นางวัชรีย์ เพชรธรรมรส พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๐๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๐๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดหวาดระแวง	การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
๓.	นางสาววิไลวรรณ เมธีพิทักษ์ศิริกุล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๕๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๕๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยติดสุรา ที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Delirium Tremens,DTs)	โปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความสามารถ ในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสุรา

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางวัชรีย์ เพชรธรรมรส

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 2401 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
 กลุ่มภารกิจพยาบาล หน่วยงานโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 16 พฤศจิกายน 2565 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2565
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ประมาณกันว่าในคนทั่วไป 100 คนจะพบผู้ที่เป็นหรือเคยเป็นโรคนี้ 0.3-1 คน ในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อประชากร 1 หมื่นคน (มานโซ หล่อตระกูล, 2557) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงมีอาการทางคลินิกที่เด่นๆ ก็คือ อาการหลงผิด ซึ่งมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่และมีอาการประสาทหลอน โดยเฉพาะอาการหูแว่ว

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช โดยพบความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-0.71 และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) ในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาและในประเทศกำลังพัฒนาผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังเข้าไม่ถึงการรักษา (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปี 2563-2565 พบมีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 3,351,295, 2,840,337 และ 2,687,610 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 455,118, 273,817 และ 283,065 รายมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2565) จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามี 9,377, 8,784 และ 6,187 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563-2565) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วกลับมารักษซ้ำภายใน 28 วัน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปีพ.ศ.2563-2565 พบว่ามี 44, 25 และ 27 รายตามลำดับและกลับมารักษซ้ำภายใน 90 วัน พบว่ามี 72, 59 และ 67 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563-2565)

ผลกระทบจากโรคจิตเภทแบบหวาดระแวงที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางกาย ผลการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถหลายด้าน โดยเฉพาะเมื่อเป็นระยะเวลานานและอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะทางสังคมและอาชีพ การปฏิบัติการกิจต่างๆบกพร่องลงจากเดิมหรือทำงานไม่ได้เลย บางรายต้องออกจากงาน ก่อภาระให้แก่ครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและทางด้านจิตใจ บุคคลทั่วไปไม่เข้าใจก็จะหวาดกลัวไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไม่มีความสามารถไม่มีคุณค่า จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา
2. ศึกษาข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษาจาก
 - 2.1 แฟ้มประวัติบันทึกการรายงานผู้ป่วย
 - 2.2 ประวัติการรักษาเดิมโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง
 - 2.3 ศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย
 - 2.4 ศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ญาติและรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนในการให้การพยาบาล
3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท
4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
6. ประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและประเมินผล
7. รวบรวมเอกสาร จัดทำรูปเล่ม ตรวจสอบและเผยแพร่ผลงาน

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยมีการรับรู้ในตนเองดีขึ้น เนื่องจากมีความสามารถในการปรับตัว ระหว่างรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยการบำบัดทางจิต กิจกรรมบำบัด การรับประทุษร้าย ผู้ป่วยไม่มีความคิด และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แพทย์มีคำสั่งจำหน่ายวันที่ 10 ธันวาคม 2565 และนัด F/U ให้ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง รวมอยู่รักษาในโรงพยาบาล 24 วันและจากการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ใน 1 เดือนแรกโดยซักถามข้อมูลจากญาติและตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการสงบไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น รับประทุษร้ายต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อที่โรงพยาบาลเวียงหนองล่อง

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. สอนหรืออบรมแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง
2. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการช่วยเหลือให้บรรเทาจากโรคและสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ
3. ประกาศใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น
4. เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้ที่สนใจในการพัฒนางานต่อยอดงานวิจัย

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ญาติผู้ป่วยอยู่จังหวัดลำพูน ห่างไกลจากโรงพยาบาล ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องให้ข้อมูลการรักษา ให้สุขภาพจิตศึกษาเมื่อจำหน่ายเท่านั้น

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ญาติผู้ป่วยอยู่จังหวัดลำพูน ห่างไกลจากโรงพยาบาล ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องให้ข้อมูลการรักษา ให้สุขภาพจิตศึกษาเมื่อจำหน่ายเท่านั้น

9) ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทำให้ได้รับทราบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ผู้ศึกษาควรเน้นเรื่องดังนี้

- การป้องกันการทำร้ายผู้อื่น
- การรับประทายาต่อเนื่อง
- ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจ ตนเอง การให้ความสำคัญกับบทบาทของญาติและครอบครัวในการป้องกันการไม่รับประทายา
- แนะนำญาติเฝ้าระวังสังเกตอาการเตือนที่แสดงถึงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น แยกตัว ไม่พูดกับใคร สีหน้าไม่เป็นมิตร พูดคนเดียว อารมณ์แปรปรวน เป็นต้น
- ญาติควรมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น การรับประทายาและผลข้างเคียงจากการรับประทายาทางจิต

10) การเผยแพร่ 'ไม่มี'

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางวัชรีย์ เพชรธรรมรส

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 2401 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
 กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงานโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
 เกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท

2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม โดยพบความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-0.71 และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นโรคจิตเภทที่พบได้มากที่สุดใ้ในเกือบทุกส่วนของโลก อาการทางคลินิกที่เด่นๆ ก็คือ อาการหลงผิด ซึ่งมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่ โดยปกติจะมีอาการประสาทร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการหูแว่วและพบความแปรปรวนของการรับรู้

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปี 2562-2564 พบมีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,840,337, 2,687,610 และ 2,328,308 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 455,118, 273,817 และ 283,065 รายมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2565) จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามี 9,377, 8,784 และ 8,135 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 19.33, 17.93 และ 15.99 ของผู้ป่วยทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563-2565) จากสถิติการกลับมารักษาซ้ำที่ยังคงเป็นปัญหามาอย่างต่อเนื่องโดยในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คือ 10.63, 12.33 และ 11.90 ตามลำดับและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน คือ 16.34, 18.65 และ 17.21 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563-2565) และจากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 20 แฟ้ม พบว่าสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำ คือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 54.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแบบยาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรร่วมมือใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ดวงเดือน อุเต็น, นฐภัทร พัทธกิจและณัฐมนต์ ธีระงาน, 2562) สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าเกิดจากปัญหาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากถึงร้อยละ 96 สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาได้แก่ การรับรู้เรื่องโรค ความเข้าใจในการรักษา การบริหารยา ความคิดจากสาเหตุต่างๆ สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการพ้องการรู้คิด การตัดสินใจและการดูแลตนเองเนื่องจาก การเจ็บป่วยเรื้อรังของโรค ซึ่งพบความชุกของความพ้องของการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทมากถึงร้อยละ 90 ซึ่งการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา นอกจากนั้นการ

สูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดได้จากการขาดแหล่งความรู้ ซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจหนึ่งของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยขาดความรู้โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การดำเนินโรค จะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ระบบความเชื่อและแรงจูงใจของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองและการนับถือตนเองต่ำ ซึ่งเป็นแหล่งของการสูญเสียพลังอำนาจส่งผลให้การขัดขวางการจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบหวาดระแวงและมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยรายนี้คือการขาดยาจากสาเหตุไม่ยอมรับประทานยา เพราะคิดว่าไม่ได้ป่วยเป็นอะไร ขาดแหล่งพลังอำนาจ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว มีความสนใจที่จะให้ความรู้เรื่องโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท เพื่อช่วยเหลือผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ต่อเนื่องให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดการกำเริบซ้ำของโรค และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทเป็นคู่มือที่จัดทำเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพนำไปใช้ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้เป็นโรคจิตเภทเพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ต้องลดการกำเริบซ้ำของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่อไป โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ทำความเข้าใจในการยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง เมื่อบุคคลทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะมีการตอบสนองบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด และด้านพฤติกรรม (Gibson, 1995) บุคคลจะตระหนักได้ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางไปที่ดีขึ้น การพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น มีการเลือกวิถีการปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีนั้น ขึ้นอยู่กับการหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลเอง โดยตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจนเกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) เมื่อบุคคลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ จะรู้สึกมั่นใจ รู้ถึงศักยภาพ ความสามารถในการควบคุมตนเองในการรับประทานยา การเสริมสร้างพลังอำนาจยังส่งผลให้บุคคลมีการช่วยเหลือเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันและสามารถดึงศักยภาพของตนเองไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ (Gibson, 1991)

การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่ขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยโรค

จิตเภท หลังรักษาต้องกินยาต่อเนื่อง แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตามห้ามหยุดยาหรือลดจำนวนยาเองอย่างเด็ดขาด และต้องพบแพทย์ตามนัด สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชขาดยาและมีอาการกำเริบมีสาเหตุ คือ กลัวอาการข้างเคียงยา คิดว่าตัวเองไม่ได้ป่วยเป็นอะไร คิดว่าหายแล้วและกลัวติดยา ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกหากไม่มีปัญหาอาการกำเริบ จะมีโอกาสหายสูงและไม่เรื้อรัง ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ ป่วยซ้ำๆ บางรายมีอาการรุนแรงขึ้นกว่าเดิม คือ การขาดยา จากสาเหตุ 4 ประการ คือ 1) ไม่ยอมรับประทานยา เพราะคิดว่าไม่ได้ป่วย/ไม่ได้เป็นอะไร 2) กลัวเกิดผลข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็งทื่อ น้ำลายไหล ง่วงมาก 3) กลัวจะติดยา 4) คิดว่าตัวเองหายแล้ว ซึ่งยาจิตเวชหลังจากกินแล้วจะค่อยๆออกฤทธิ์ ประมาณ 15 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเหมือนปกติ เนื่องจากยาจะควบคุมการทำงานของสมองให้เข้าที่ แต่ยังไม่ได้หายขาดจากโรค จะต้องกินยาให้ครบทุกตัวที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องหากหยุดยาเอง อาการก็จะกลับมากำเริบและรุนแรงขึ้นกว่าเดิม แพทย์ผู้ให้การรักษาจึงต้องนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ (กรมสุขภาพจิต, 2561) ผลกระทบเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อผู้ป่วย คือ อาการกำเริบ เข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง การรักษาใช้เวลานานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัว คือ เกิดความเครียด เสียเวลา ขาดรายได้และเสียค่ารักษามากขึ้น ผลกระทบต่อสังคมคือชุมชนหวาดกลัวเมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบ ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ต่อเนื่องให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดการกำเริบซ้ำของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ได้นำแนวคิดการสนับสนุนให้เกิดการสร้างแหล่งพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process)

การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทที่มีประวัติรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ลดขนาดหรือเพิ่มขนาดยาเองไม่สามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์และรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา ซึ่งการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภท ควรจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) แนวคิดการสนับสนุนให้เกิดการสร้างแหล่งพลังอำนาจโดยจัดตารางการเข้ากลุ่มการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภททุกวัน ทำการช่วงเวลา 13.30 น.-14.30 น.

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมมือรับประทานยาตามเกณฑ์ อาการทางจิตสงบและรับประทานยาต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
3. พยาบาลสามารถให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้เป็นโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมมือรับประทานยาตามเกณฑ์และไม่กลับเป็นซ้ำ
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน