

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมามีไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางกังสดาล จิระไพฑูริย์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล

ระดับ เชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ 1461 กลุ่มงาน -

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์ (The development of nursing guideline for co-occurring chizophrenia and substance abuse disorder in Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital.)

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 เมษายน พ.ศ. 2567

3) บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชโดยทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก ภาวะเจ็บป่วยนี้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Cornblatt, Walker, & Mittal, 2009) โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) และการรับรู้ (perception) ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของอารมณ์ การเข้าสังคม และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีโรคทางกาย สมอง หรือใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุหลักเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เมื่อเป็นแล้วมัก ไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด แต่ในระยะหลังส่วนใหญ่มักมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเองร่วมด้วย (American Psychiatric Association (APA), 2013) ภาวะโรคร่วมเป็นสิ่งที่พบบ่อยในโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดโดยพบว่าอาการทางจิตและการใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์กัน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท 31 % มีประวัติการใช้สารเสพติด (Thirithalli, & Benegal, 2006) และอัตราการใช้สารเสพติดที่ความรุนแรงมากขึ้นประมาณ 50 % ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Gottlieb, Mueser, & Glynn, 2012) รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติถึง 5.3 เท่า (Cantor-Graae, Nordstrom, & McNeil, 2001) สำหรับสารเสพติดพบว่าแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้มาก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดสามารถกระตุ้นให้อาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นได้ (Curran, Byrappa, & McBride, 2004) และยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเสพติดได้ซึ่งเกิดจากอาการทางจิต (Harris, & Byrappa, & McBride, 2004) รวมถึงส่งผลให้เกิดปัญหาหลาย ๆ ด้าน เช่น พฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น การปรับตัวบกพร่องและแบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทบกพร่อง ไม่ร่วมมือในการรักษา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ สูง มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง การถูกคุมขัง โรคตับอักเสบ การติดเชื้อ HIV การไม่มีที่อยู่อาศัย การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบ

ประสาทและเกิดการพึ่งพาสารเสพติดมากยิ่งขึ้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอัตราการใช้สารเสพติดในปริมาณสูงขึ้นและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์เป็นหน่วยงานให้การบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนการมารับบริการแบบผู้ป่วยในเป็นอันดับหนึ่งจากผู้ป่วยจิตเวชทุกโรค โดยในปี 2563-2565 และมีแนวโน้มสูงขึ้น มีจำนวน 1,611 ราย, 1,847 ราย, 1,964 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมก็มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2565 โดยมีจำนวน 85, 76, 127 ราย ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยลักษณะนี้คือเมื่อรักษาหายแล้วมีการกลับไปเสพซ้ำและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเห็นได้จากสถิติการมารักษาซ้ำของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 14.08, 10.9, 8.44 (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2563, 2564, 2565) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มักมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการ การรวบรวมข้อมูล และการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น การดูแลทางจิตสังคม โดยกระบวนการรักษาพยาบาลควรครอบคลุมในทุกด้าน จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่ายังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดแอมเฟตามีน ซึ่งรวมถึงไม่มียาที่ใช้ในระยะขาดยา (withdrawal) ด้วย ดังนั้นสิ่งจำเป็นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยคือการใช่วิธีการรักษาทางจิตสังคม (Rawson, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาใช้วิธีการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การดูแลแบบผสมผสาน (Carrico, Gomez, Siever, Discepola, Dilworth, & Moskowitz, 2015) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Lee & Rawson, 2008) การบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Smedslund et.al. 2011) การทำรอบครัวบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงใจ และพฤติกรรมบำบัด (Rawson, 2013)

ในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม การบำบัดด้วยยา การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้แนวคิด recovery model ร่วมกับการบำบัดแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงใจ การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการบำบัดรักษาในหลากหลายรูปแบบแต่จากสถิติเบื้องต้นจะเห็นว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำยังมีแนวโน้มสูงขึ้น ตลอดจนการปฏิบัติที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแลตามอาการและเลือกใช้การดูแลตามที่แต่ละทีมของหอผู้ป่วยเห็นสมควร และจากการประชุมทีมนำทางคลินิก การพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การลดอาการทางจิต และการลดการใช้สารเสพติดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว ตามกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และวางแผนตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยทำให้การดูแลรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปตามเป้าหมาย

3.2 แนวคิด/ทฤษฎี

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ดังนี้

1) แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ผู้วิจัยใช้แนวคิด Alternative model (Alan, Green, Drake, Mary, & Douglas, 2007) โดยมีแนวคิดเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีส่วนการคิดของสมองผิดปกติ ซึ่งเป็นส่วนของ dopamine mediated brain reward circuitry และเมื่อไปใช้สารเสพติดจะทำให้ brain

reward circuitry ทำงานผิดปกติโดยมีการกระตุ้นระดับ dopamine และ norepinephrine บริเวณปมประสาท ซึ่งภายในบรรจุสารเคมีต่างๆ ทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ ความตื่นตัว ส่วนสมองที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับความสุข ความพึงพอใจจึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการใช้ซ้ำอีก

2) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้วิจัยใช้แนวคิดไอโอวาโมเดล (The IOWA model of Research in Practice) (IOWA model collaborative, 2017) ได้มีแนวคิดว่าการใช้ประโยชน์จากการวิจัย (Research utilization) ต้องเกิดจากความต้องการปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด บูรณาการร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Potter & Perry, 2005) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การระบุปัญหาหรือเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา 2) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การวิเคราะห์ประเมินงานวิจัยเพื่อตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัย 4) จัดทำต้นฉบับร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและทำการทดลองใช้ และระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เป็นการตัดสินใจนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้ในหน่วยงานหรือองค์กร และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกและทางการพยาบาล

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) และการรับรู้ (perception) ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของอารมณ์ การเข้าสังคม และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีโรคทางกาย สมอง เมื่อเป็นแล้วมัก ไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด แต่ในระยะหลังส่วนใหญ่ มักมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเองร่วมด้วย (American Psychiatric Association (APA), 2013) ภาวะโรคร่วมเป็นสิ่งที่พบบ่อยในโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดโดยพบว่าอาการทางจิตและการใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์กัน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท 31 % มีประวัติการใช้สารเสพติด (Thirithalli, & Benegal, 2006) และอัตราการใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้นประมาณ 50 % ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Gottlieb, Mueser, & Glynn, 2012) รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยถึง 5.3 เท่า (Cantor-Graae, Nordstrom, & McNeil, 2001)

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มักมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป องค์ความรู้ในด้านรูปแบบการบำบัดรักษาที่ลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย มีทั้งการบำบัดรายกลุ่มรายบุคคล ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การช่วยเหลือและประเมินผลตลอดโปรแกรมการรักษา รวมทั้งใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกุญแจสำคัญในการค้นหาปัญหาและเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ดังนั้นหากมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จะช่วยลดอาการทางจิต ลดระยะเวลาในการรักษา

ในโรงพยาบาล รวมทั้งลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ยิ่งขึ้น

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน

1) การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยการทบทวนผลลัพธ์ทางการพยาบาล การบำบัดช่วยเหลือที่มีความหลากหลายรวมถึงประสิทธิภาพของระบบบริการและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำประเด็นที่ได้มาจัดเรียงลำดับ วิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นการบำบัดช่วยเหลือด้านจิตสังคม ในทีมสุขภาพและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาเสพติดร่วม เพื่อศึกษาประเด็นการพยาบาลด้านจิตสังคม

2) ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาเสพติดร่วม

3) การวิเคราะห์ประเมินงานวิจัยเพื่อตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัย พิจารณาในการตัดสินใจเลือกชนิดการดูแลที่จะให้กับผู้ป่วย ตามเกณฑ์พิจารณาความน่าเชื่อถือของงานวิจัย และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้แก่การเทียบเคียงสถานการณ์ของการวิจัยและสถานการณ์ทางคลินิกที่จะนำผลงานวิจัยไปใช้ และความคุ้มค่า

4) ออกแบบการวิจัยคือการวิจัยและพัฒนาโดยจัดทำโครงร่างวิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาและส่งขอพิจารณาการรับรองด้านจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรมสุขภาพจิตและจัดทำต้นฉบับร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และทดสอบประสิทธิภาพเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความง่าย ความพึงพอใจของผู้ใช้

ระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ วัดผลลัพธ์ทางคลินิก และทางการพยาบาล

1) วัดประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และจำนวนครั้ง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

2) การพัฒนาขั้นสุดท้ายเพื่อเผยแพร่ขยายผลโดยเป็นการประเมินผลหลังจากทดลองใช้เพื่อรวบรวมข้อมูล ตลอดจนข้อเสนอแนะต่างๆ สำหรับนำไปปรับปรุงในส่วนที่ยังบกพร่องอยู่

3) สรุปผลการศึกษาวิจัยและจัดทำรายงานการวิจัยฉบับย่อเพื่อเผยแพร่ในวารสารและจัดทำแบบสมบูรณ์

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีอาการทางจิตดีขึ้น และไม่กลับมารักษาซ้ำ

5.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ด้านวิชาการ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

ด้านนโยบาย เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ด้านสังคมและชุมชน ป้องกันการเป็นผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่ก่อความรุนแรงในชุมชน (SMIV)

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เป็นงานวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลด้านในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป องค์ความรู้ในด้านรูปแบบการบำบัดรักษาที่ลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม จำเป็นต้องมีการพัฒนาการดูแลที่เฉพาะ ผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ความเข้าใจอาการทางคลินิกของโรคและมีประสบการณ์สูงในการดูแล อีกทั้งต้องมีความรู้และประสบการณ์ด้านการทำงานวิจัยและการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ของการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อสร้างเทคโนโลยี

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเข้าถึงแหล่งหลักฐานความรู้การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ทั้งจากแหล่งที่เป็นฐานข้อมูล เว็บไซต์ และการสืบค้นจากห้องสมุด ซึ่งการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ค่อนข้างยาก บางแหล่งข้อมูลมีข้อจำกัดสำหรับสมาชิกเท่านั้นทำให้ไม่สามารถเข้าไปสืบค้นได้ ซึ่งเป็นงานศึกษาวิจัยใหม่ๆ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยค้นหาและประสานผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการสืบค้นข้อมูล และสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลมาช่วยในการสืบค้นข้อมูล

9) ข้อเสนอแนะ

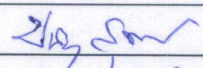
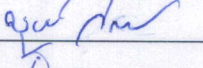
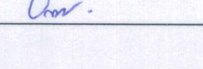
นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เสนอต่อคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ของโรงพยาบาล เพื่อบรรจุเป็นแนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ และประกาศเป็นนโยบายของกลุ่มภารกิจพยาบาล

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชนิษฐา สุนาคราช	10	
นางบุษกร วรารอมรเดช	5	
นางธัญพัฒน์ สระบุรี	5	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางานไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางกังสดาล จิระไพวงศ์
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (การพยาบาล) ระดับ เชี่ยวชาญ
ตำแหน่งเลขที่ 1461 กลุ่มงาน - กลุ่มภารกิจ การพยาบาล
หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
- 2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) และการรับรู้ (perception) ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของอารมณ์ การเข้าสังคม และพฤติกรรมเป็นเวลากว่าอย่างน้อย 6 เดือน และมีความชุกประมาณ 1% ของประชากรทั่วโลก (Cornblatt, Walker, & Mittal, 2009) สำหรับประเทศไทยมีความชุก 0.6% (ปทานนท์ ขวัญสนิท & มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ภาวะโรคร่วมเป็นสิ่งที่พบบ่อยในโรคจิตเภทคือการใช้สารเสพติดร่วม (Thirithalli & Benegal, 2006) อัตราความชุกการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึง 70% (Westermeyer, 2006) ประเทศไทยการใช้สารเสพติดร่วมของผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นเดียวกัน ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์มีแนวโน้มสูงขึ้น

การใช้ยาเสพติดร่วมฤทธิ์ของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อระดับสารชีวเคมีในสมอง มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง (Faltz & Sellin, 2015) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติดร่วมดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ดี โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ (Re-hospitalization) (Bizzari et al., 2005) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มักมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมบุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์ ในการบำบัดรักษา การเสริมสร้างพลังของครอบครัว การประสานความร่วมมือเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการมีการกำหนดผลลัพธ์การดูแลร่วมกัน ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนในทุกระยะของการรักษาพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องดูแลทั้งอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดควบคู่กันไป จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยและการดำเนินโรคต้องมีการวางแผนการดูแลเป็นรายบุคคล ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญและได้รับการยอมรับทั่วโลก (ปฐยาวัชร ปรากฎผล, 2560) การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย แบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิการเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการมีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

แนวความคิด/ทฤษฎี

สำหรับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนครอบคลุมตัว ครอบครัว รวมถึงการจัดการดูแล ผู้จัดการรายกรณีต้องมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา ให้การบำบัดดูแลโดยตรง และสามารถประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพได้ โดยใช้แนวคิดของการจัดการรายกรณี ร่วมกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (CMSA, 2010)

(1) การระบุผู้ป่วย การคัดเลือกผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของกลุ่ม ที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการและใช้ระบบการประสานงาน เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

(2) การประเมิน/การระบุปัญหา มีการค้นหาและ ตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามแนวทาง เวชปฏิบัติที่สำคัญ มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยละเอียด และครอบคลุมปัญหา ที่เกิดขึ้นแล้ว ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน การจัดการรายกรณีตามปัญหาและความต้องการการดูแล มีการทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี และมีการเตรียมให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

(3) การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพตามแนวการดูแลทางคลินิก และการปฏิบัติการดูแลรายกรณี นำประเด็นปัญหามาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยมากำหนดเป้าหมายหลังประเมินปัญหาทั้งด้านคลินิกและจิตสังคม และกำหนดแผน โดยผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผน มีการจัดการรายกรณี ตามมาตรฐานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การจัดการระบบบริการ การดูแลที่ครบวงจรทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ การให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุน

และทรัพยากรตามความจำเป็น ลดความสูญเสีย และให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความคุ้มค่า คุ่มทุน มีการประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วย เพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

(4) การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน เนื่องจากสภาพของผู้ป่วย อาจเกิดการเปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลใหม่ ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคม คุณภาพการดูแล ความต้องการความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

(5) การดำเนินการตามแผนขั้นสุดท้าย โดยผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม สำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย ปัญหาจะได้รับการแก้ไขตามแผนการดูแลที่ได้กำหนด

(6) การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแลรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการใช้โทรศัพท์ หรือไปด้วยตนเอง มีการติดต่อบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน หน่วยงานสงเคราะห์ หรืออื่นๆ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ โดยติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้ง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลตนเอง อันจะเป็นประโยชน์ในการกลับเป็นซ้ำ ที่จะเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาลนาน เกิดความบกพร่องทางความคิดมากขึ้น กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ทีมสุขภาพ รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ จัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี
- 5.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี
- 5.3 จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ กัญญา จิโรพงษ์ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นางกัญญา จิโรพงษ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....

วันที่ 19 พ.ย. 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ก

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายมงคล ศิริเทพทวี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ชนครินทร์

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ชนครินทร์

วันที่ 18 พ.ย. 2565

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับ ได้