

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปริยรัตน์ สุขสมภูมิ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 286, 348 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโรงพยาบาลศรีธัญญา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ เมษายน - ปัจจุบัน 2566 (อยู่ระหว่างการดำเนินงานวิจัย)

3) ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ ถึงคุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตาม ทฤษฎีการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey, Orehek, 2011) ประกอบด้วย 1) การรับรู้การช่วยเหลือ 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3) การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) การควบคุม อารมณ์ ความคิดพฤติกรรม 5) การจัดการความเครียด 6) การจัดการกับปัญหา โดยจัดกิจกรรมใน โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกความผาสุก พึงพอใจต่อองค์ประกอบด้านต่างๆของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ ที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิตและความคาดหวังในชีวิต ซึ่งสามารถประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (WHOQOL-BREF-THAI) ตามแนวคิดของ WHOQOL Group (1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตถิรัตน์กุล และคณะ (2545) ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านสภาพร่างกายของตนเองที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน 2. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสัมพันธ์ของตนเองและผู้อื่น 4. ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

4) สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน (Orrico-Sánchez A et al., 2020) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการระหว่าง พ.ศ.2563 -2565 จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 283,065 คน 284,273 คน และ 314,250 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 32.6 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) และรายงานของผู้มารับบริการด้าน

จิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 45,316 , 44,673, 41,620 และ 39,300 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) จากสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีแนวโน้มความรุนแรง ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่คงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) เมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจากการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลภายใน 1 ปี ร้อยละ 50-70 จะมีอาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำได้ (Linstrom and Bingfors, 2000; สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลโดยเร็ว (Worley, 1997) การกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการกลับมา นอนโรงพยาบาลซ้ำได้ง่าย หากไม่ได้รับการเตรียมตัวอย่างดีและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมในระยะ เปลี่ยนผ่านนี้(Forchuk et al., 2012) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาคุณภาพชีวิต ตามมาแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตต่ำ ปัญหาสำคัญคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิต ภายใต้ บริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยม ที่อยู่อาศัย สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่ควร พิจารณา (WHO, 2016)

คุณภาพชีวิต เป็นความสุขและความพึงพอใจในชีวิตในมิติต่างๆของชีวิตที่แต่ละบุคคล ให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันให้มีสภาวะทางกายและทางจิตใจที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม การมีอยู่ของสถานะภาพทางเศรษฐกิจ สามารถดูแลตนเอง มีเป้าหมายชีวิตและจัดการกับปัญหา ต่างๆ ความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตหรือการรับรู้เกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจ และความ ผาสุกของชีวิตต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ ภายใต้บริบทวัฒนธรรม ความเชื่อและ ค่านิยมของแต่ละบุคคล (WHO, 2016) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1). ด้านร่างกาย คือการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความ สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะ จัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็น อิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น 2). ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการ เรียนรู้เรื่องต่างๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต 3). ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเอง กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความ ช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ 4). ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่

อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมาพิจารณาลักษณะและความรุนแรงของปัญหา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น แต่จากรายงานการศึกษาชี้ให้เห็นว่าขนาดเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนมีน้อยมาก (Bengtsson-Tops & Hansson L., 2001) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ยังส่งผลต่อการรับรู้ถึงคุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุตา บุญทศและคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีเมื่อได้รับการดูแลจากรอบข้าง (Sadock & Sadock, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey, Orehek, 2011) พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงการรับรู้ของการช่วยเหลือส่งผลต่ออารมณ์ เบค (1967) ดอซอร์และเบค (2008) (Beck, 1967; Dozois & Beck, 2008) ได้กล่าวว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์อธิบายเกี่ยวกับความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตัวเองต่อโลกและอนาคตของตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีการเชื่อมโยงอย่างมากกับความคิดเชิงลบและส่งผลต่อพฤติกรรมจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ผู้ป่วยรับรู้การช่วยเหลือ และแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือและสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey, Orehek, 2011) ที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขั้นสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรของตนเองในชีวิตประจำวัน ได้รับรู้เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจัดการอาการเตือนเบื้องต้นของอาการกลับเป็นซ้ำของตนเอง ซึ่งนั่นคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey, Orehek, 2011) เป็นแนวคิดที่อธิบายผลกระทบหลักระหว่างการรับรู้ถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต โดยอธิบายว่าบุคคลสามารถควบคุมผลกระทบที่เกิดขึ้นผ่านการสนทนาและร่วมกิจกรรมอย่างไร โดยทั่วไปแล้ว การรับรู้การสนับสนุนและการช่วยเหลือจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรง แต่เกิดขึ้นจากประเภทของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่จะส่งผลให้การควบคุมผลกระทบของความสัมพันธ์ได้สำเร็จ การควบคุมผลกระทบของความสัมพันธ์นั้นจะผ่านการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและมีความสัมพันธ์กันเป็นหลัก โดยที่บุคคลและกิจกรรมที่ควบคุมผลกระทบนั้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องของรสนิยมส่วนตัว นอกจากนี้แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมและจิตบำบัดจะประสบความสำเร็จมากขึ้นหากได้รับการออกแบบเพื่อสะท้อนอิทธิพลเชิงสัมพันธ์การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้ แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์มีการสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สัมพันธภาพและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน หากได้รับการสนับสนุนการรับรู้ การช่วยเหลือที่ดี จะทำให้บรรเทาผลกระทบจากภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ การควบคุมความสัมพันธ์เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์ในแง่การ

ได้รับการรับรู้การช่วยเหลือจากคนในสังคมทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้แก้ไขปัญหาต่างๆได้ ทั้งนี้ยังพบว่า การควบคุมความสัมพันธ์เป็นกลไกการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่มีศักยภาพ ซึ่งการควบคุมความสัมพันธ์เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียดในการที่จะแปลความหมายสถานการณ์ต่างๆในทางลบให้น้อยลง (Harahsheh, 2016)

ปัจจุบันแนวทางให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมุ่งเน้นสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนและอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยเชื่อว่าจะสามารถป้องกันการติดโรงพยาบาลและการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคล การตัดสินใจ ศักยภาพการดูแลตนเองลดลง การประกอบอาชีพ และทักษะการใช้ชีวิตลดลง เช่น กิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาต่อเนื่องและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตลดลง (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะและสุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, 2556) ซึ่งในปัจจุบันนี้จะเห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขของไทยโดยเฉพาะนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เน้นการเข้าถึงระบบบริการ ยาที่มีคุณภาพ และการตอบสนองด้านสวัสดิการสังคมแก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงจำเป็นต้องประเมินการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับในบริบทจริงด้วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะเตรียมการ

เตรียมทีมผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย ศึกษาคู่มือและโปรแกรม แบบประเมิน และเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ทดลอง และซักซ้อมการทำกลุ่ม การใช้สื่ออุปกรณ์ มอบบน และแบบบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือ วิธีการใช้เครื่องมือ วิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้เข้าใจตรงกันและทดลองใช้เครื่องมือ จนกระทั่งมั่นใจว่าผู้ร่วมวิจัยเข้าใจตรงกันทุกประเด็นและให้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ประเมินทักษะคะแนนความรู้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย
4. โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล/ การดำเนินการทดลอง

1. ประเมินทางจิต BPRS
2. ประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. ให้ความรู้ตามโปรแกรม
4. วัดตามแบบประเมินตามโปรแกรม

การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์วินิจฉัยในระบบ ICD-10-TM (the international statistical classification of diseases and related health problems, 10 revision, Thai modification) ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยเป็นจิตเภท (F20.0-F20.9) อายุ 20-59 ปี เพศชาย เพศหญิง คะแนนการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 เข้ากลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยดำเนินการสอบถามความสมัครใจผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยยินยอมจะมีการนัดหมายการมาเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินการ

กลุ่มทดลอง 30 คน

1. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาปกติ
3. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง

ครั้งที่ 1 กิจกรรม "เรารู้จักกัน"

ครั้งที่ 2 กิจกรรม การรับรู้การช่วยเหลือ

ครั้งที่ 3 กิจกรรม สื่อสารสร้างมิตร

ครั้งที่ 4 กิจกรรม การจัดการกับความเครียด

ครั้งที่ 5 กิจกรรม ความดีของฉัน

ครั้งที่ 6 กิจกรรม ชีวิตที่ดีกว่าของเรา

4. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ติดตาม ประเมินอาการหลังเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มควบคุม 30 คน

1. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาปกติ
3. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ติดตาม ประเมินอาการหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะติดตามผล

โทรเยี่ยมตามผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 เดือน ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เพื่อสอบถามประเมินอาการและการดำเนินชีวิตตามศักยภาพในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. ข้อมูลการติดตามเยี่ยมอาการ และติดตามต่อเนื่องในชุมชน ทางโทรศัพท์ ใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- (1) ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- (2) ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน
- (3) ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดการรับรู้ ส่งต่อคุณภาพชีวิต การติดตาม ในระบบสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำหรับพยาบาลเพื่อให้เกิดดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล ชุมชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือการฝึกทักษะในการสื่อสาร การปรับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ในการดูแล ตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. เป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลระดับ ต่างๆและในชุมชนและจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเปราะบาง การขอดำเนินงาน ขอความยินยอม ต้องมีกระบวนการชัดเจน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถถอนตัวถ้าไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วย

9) ข้อเสนอแนะ

ไม่มี

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วม ในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวงศ์พัทธ์ บุญสง่า	ร้อยละ 10	วชิระ ๙๙๙๙
นางสาวรุ่งทิพา วราพุด	ร้อยละ 10	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปริยารัตน์ สุขสมภูมิ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 286 , 348, กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลังจำหน่าย
- 2) หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท คือ กลุ่มอาการของโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิดที่เกิดขึ้น จากการมีปัจจัยเสี่ยง ด้านลักษณะทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง โครงสร้างทางสมอง หรือการได้รับความเสียหายของสมองรวมถึงปัจจัยด้านการเลี้ยงดู บุคลิกภาพ แรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว และเป็นโรคผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลต่อการพูด การคิด การรับรู้ ความรู้สึกและการแสดงออกของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ อย่างเช่น ประสาทหลอน หลงผิด ปลีกตัวจากสังคม หรือไม่สามารถใช้ชีวิตตามสังคมได้ตามปกติ โดยแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะใช้ยาต้านอาการทางจิตช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทควบคุมอาการและป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ แม้ว่าการรับประทุษร้ายด้านโรคจิตมีความสำคัญต่อการรักษา แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค ความสามารถทางปัญญา ความเชื่อสิ่งแวดล้อม ครอบครัว รวมถึงการวางแผนก่อนการจำหน่าย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยให้อาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำ

กรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญการพัฒนาคูณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวทางการพัฒนาคูณภาพระบบ บริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2561) ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: SSS) หมายถึง ระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ จำเป็นต้องส่งต่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและเป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของเขตสุขภาพ เช่น บริการนิติจิตเวช บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น บริการจิตเวชสูงอายุโรคร่วมที่มีภาวะความรุนแรงสูง โรคร่วมสุรา ยาเสพติด โรคจิตเภท ยุ่งยาก ซับซ้อน โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนอาการ หายทุเลาจะมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือส่งต่อให้เขตสุขภาพดูแลในระดับพื้นที่ต่อไป ขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงอีกกลุ่มหนึ่งเมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้ สุรา สารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญเกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัวไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้น กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญและกำหนดนโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มี พฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างความเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะ

อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ซึ่งเรียกว่า “ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)”

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) หมายถึง การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งในแผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึง การดูแลต่อเนื่องในชุมชนในรูปแบบที่เข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ โดยมีการคัดกรอง ลงทะเบียน การบำบัดรักษา/Intervention การติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย รวมถึงการพัฒนากระบวนการข้อมูลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ที่เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V เริ่มในปีงบประมาณ 2559 โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมใน ต่างประเทศ จะพบคำว่า Serious Mental Illness หรือ Severe Mental Illness: SMI ซึ่งการให้คำ นิยามแต่ละ ประเทศมีความแตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย ได้นำ นิยาม Serious Mental Illnessขององค์การอนามัยโลก(WHO, 1992) มาเป็นแนวทางในการกำหนด คำนิยามในครั้งแรกและได้มีการปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญการแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมรุนแรง (violence) ของผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดคำ นิยามที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with HighRisk toViolence: SMI-V

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ความชุก จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช รุนแรง (Serious Mental Illness:SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า (National Survey on Drug Use and Health, 2012) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 (Fazel, 2009) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยSMI-V(ตามคำ นิยามและ เกณฑ์ ผู้ป่วย SMI-V ปี 2558 และ ปี 2561) จำ นวนสะสม 13,194 คน โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 คน (ร้อยละ 62.49) เป็นเพศหญิงจำ นวน 4,949 คน (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุดในช่วง อายุ 26-45 ปี จำนวน 6,977 คน (ร้อยละ 52.89) รองลงมาคือช่วงอายุ 46 - 59 ปี จำนวน 3,079 คน (ร้อยละ 23.34)

สำหรับผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) ซึ่งพบว่าเป็น ผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) มากที่สุดจำ นวน 4,915 คน และเมื่อจำแนกตามลักษณะของ ความรุนแรง 4 ประเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) มากที่สุด จำ นวน 2,413 คน (ร้อยละ 49.09) รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) จำนวน 1,631 คน (ร้อยละ 33.19)

แนวความคิด/ทฤษฎี

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดที่ก่อความรุนแรงเนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุ ความรุนแรงทั้งต่อตนเองผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้มข้น มีความครอบคลุมต่อเนื่องและตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การจัดการรายกรณี(case management) สามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยSMI-V ที่มีความต้องการการดูแลและแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน จากทีมสหวิชาชีพ โดยมี การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย(clinical pathway/care map)กำหนดเป้าหมายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ และมีผู้จัดการรายกรณี(case manager) ซึ่งเป็นผู้ดูแลติดต่อประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยSMI-Vโดยใช้การจัดการรายกรณี(case management) ในระยะเริ่มต้น สถาบัน/โรงพยาบาล จิตเวชสามารถใช้การจัดการรายกรณีที่แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งมีความพร้อมสามารถใช้การจัดการรายกรณีในชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ/ความพร้อมจากหลายภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช (treatment gap และ duration of untreated illness) : ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง
2. ธรรมชาติของการกำเริบซ้ำ (relapse) : ผู้ป่วยจิตเวชมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังรุนแรง หากมีการกำเริบซ้ำทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้น ปัจจัยสำคัญคือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ
3. การติดตามการรักษาต่อเนื่อง (adherence) : ผู้ป่วยจิตเวทยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา
4. ปัญหาการใช้สุราสารเสพติด : ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา/สารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ หรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น

แนวทางแก้ไข

1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วยSMI-V ในแต่ละหน่วยงานโรงร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับติดตามต่อเนื่องถึงชุมชน
2. ระบบการดูแลต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่ชุมชน
 - 2.1 ระบบการจัดการรายกรณี(case management)
 - 2.2 ระบบวางแผนจำหน่าย (discharge planning)
 - 2.3 ระบบส่งต่อ (referral system)

3. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (Close follow-up)

4. การลงบันทึกมีความถูกต้อง ตามรหัสโรค รหัสการติดตาม

คู่มือแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และการบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุขเล่มนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ในการบันทึก และจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อใช้ทดแทนระบบเวชระเบียน รายงานแบบเดิม ตามนโยบายการปฏิรูปข้อมูลสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้ม มาตรฐานและแฟ้มโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ 7 แฟ้มมาตรฐาน และให้หน่วยบริการ ทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ รวมทั้ง ข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นในการเฝ้าระวัง ติดตามผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระบบบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ ใช้โปรแกรม HOSxP จึงได้กำหนด เพื่อทำความเข้าใจและอธิบาย ขั้นตอนการบันทึกข้อมูล ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเกิดระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ใน 43 แฟ้ม

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (คู่มือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือ พฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยง ต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวน ต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

การคัดกรองความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและ/หรือสหวิชาชีพ (เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา คลินิก นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น) ผู้ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ เรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ในคู่มือดังกล่าวฯ เพื่อพิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) กำเริบซ้ำ (relapse) หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
3. เพื่อพัฒนาการลงข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ OPD/ER IPD AHB ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และฐานข้อมูลในระบบ SMI-V CARE ของโรงพยาบาลศรีธัญญา
4. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการติดตามอย่างเป็นต่อเนื่องและเป็นระบบ

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- (1) ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงได้รับดูแลการเฝ้าระวังต่อเนื่องร้อยละ 60
- (2) ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงไม่ก่อความความรุนแรงซ้ำร้อยละ 60

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมตสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

(ลงชื่อ) ปริยรัตน์ สุขสมภูมิ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวปริยรัตน์ สุขสมภูมิ)

วัน/เดือน/ปี 3 เมษายน 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ บุศกัณ วัฒน (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นางสาวรุ่งทิพา เกิดแสง)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล

วันที่ 3 เมษายน 2566

ลงชื่อ มยุรา สุวรรณโพธิ์ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นางมยุรา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ 4 เมษายน 2566