

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางนัยนา มาลัย

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1135, 1149, 1165 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2566 – เดือนพฤษภาคม 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) พบประมาณร้อยละ 45 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศไทยพบว่า มีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้จะเป็นเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกรู้สึกตัวและเข้าใจปัญหาปกติ (WHO, 1992) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักไม่หายขาด โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมารักษาซ้ำ มีร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (เชษฐาธิ พงษ์อนุตร, 2531) โอกาสการกลับมารักษาซ้ำสูงทำให้เกิดความถดถอยทางด้านบุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และมีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลต่อการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผลกระทบต่ตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ เสื่อมลง เช่น ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ทำงาน มีบุคลิกภาพแปรปรวน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และการดำเนินชีวิต (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ มักจะขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ขาดแรงจูงใจ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Drake, R., et al., 2004) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากค่ารักษาพยาบาลที่มีระยะเวลายาวนาน ค่าเดินทางรวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ผู้ดูแลเกิดความเครียด อับอาย ความเศร้าเสียใจ และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ เพราะ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้ประเทศชาติขาดแรงงานจากประชากรที่อยู่ในวัยอันควร (กรมสุขภาพจิต, 2541)

การบำบัดรักษาในผู้ป่วยจิตเภท มีด้วยกันหลายรูปแบบ คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการบำบัดด้านจิตสังคม ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากจะเน้นการรักษาด้วยยาโดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง

กล่าวคือ เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ เช่น อาการก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นส่งลง แพทย์ก็จะจำหน่ายผู้ป่วยเหล่านี้สู่ครอบครัวและชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนจากการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นตัวชีวิตที่สำคัญที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วน้อยกว่า 6 เดือนเป็นกลุ่มที่ล้มเหลวในการปรับตัวทางสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวรรณกุล, 2525 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2547)

การปรับตัวทางสังคม เป็นความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่น การเข้าสังคม การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่นและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (จันรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) เป็นความสามารถจัดการและแก้ปัญหาความต้องการในชีวิตประจำวัน (Simons, Kalichman, & Santrock, 1994) จากแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล จะเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคล การปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพ จะเป็นการตอบสนองของบุคคลที่เหมาะสม การขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถูกรังเกียจ และถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดมากขึ้น จนกลับมาป่วยซ้ำได้อีก (ไพบรียักษ์ กสิพันธุ์, 2547) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วง พ.ศ. 2558 - 2561 มีผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยกลับเป็นซ้ำและรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 1,640, 1,713, 1,507 และ 1,648 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72.60, 73.39, 72.38 และ 67.54 ตามลำดับ จากการสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ พบว่าสาเหตุที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่มาจากการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในด้านการดูแลตนเอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในสังคม และการทำงาน อาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท คือ การทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นการบำบัดที่เหมาะสมวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเองรู้จักใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2545) ทำให้เกิดคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความโดดเดี่ยว และช่วยในการปรับตัว (จันทิมา องค์โฆสิต, 2545)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

แนวคิดและสมมุติฐานการศึกษา

การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำสูง (Videbeck, 2001 : 317) ลักษณะของการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี จะแสดงออกมาใน 5 ด้านคือ บกพร่องหรือขาดความสามารถในการทำงานหรือการเรียน บกพร่องในการดูแลรับผิดชอบตนเอง บกพร่อง หรือขาดความสามารถในการมีสัมพันธภาพ กับบุคคลในครอบครัว และในสังคม บกพร่องหรือขาดความสามารถในการทำกิจกรรมในยามว่าง (จันรรจา บำเหน็จพันธุ์, 2537) แนวคิดที่ผู้ศึกษาเลือกนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แนวคิดสัมพันธภาพของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ โดยมีปัจจัยบำบัด 11 ปัจจัยที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปมีพฤติกรรม ความคิด และความรู้สึกที่เหมาะสม จนทำให้เกิดการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น ดังนี้

1. การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) กลุ่มบำบัดสร้างความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วยที่กำลังเสียขวัญ และมองโลกในแง่ร้าย การที่ผู้ป่วยเห็นผู้อื่นที่มีอาการเหมือนตนดีขึ้นจะทำให้เขามีความหวังมากขึ้น
2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ก่อนเข้ารับการรักษานักผู้ป่วยจะคิดว่า ความทุกข์ของตนเองไม่เหมือนใคร แต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้ว เขาจะรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหายุ่งยากเหมือนกัน ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์คนเดียวจะหมดไป
3. การให้ข้อมูล (Imparting of Information) กลุ่มให้ข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรจะได้รู้ การให้ข้อมูลนั้นช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยที่เกิดจากการไม่รู้
4. การรู้สึกเอื้อเฟื้อ (Altruism) กลุ่มทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามีคุณค่ามากขึ้น เพราะเขาสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจผู้อื่น หรือเสียสละในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น และจะภูมิใจในตนเองมากขึ้น Altruism นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การรักษา โดยถือว่าวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยคน คือช่วยให้เขาได้ช่วยคนอื่น
5. ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (Corrective Recapitulation of the Primary Group) กลุ่มประกอบด้วย ผู้ป่วยต่างเพศ และมีอายุแตกต่างกัน ทำให้กลุ่มมีลักษณะหลายอย่างคล้ายครอบครัว มีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าคล้ายหัวหน้าครอบครัวที่มีอำนาจ สมาชิกกลุ่มเหมือนญาติพี่น้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหลายๆ ด้าน จะคล้ายกับปัญหาในครอบครัวและการตอบสนองของสมาชิกในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการที่ผู้รักษาให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถแก้ไขประสบการณ์เดิม พัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ให้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น
6. การพัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกเรียนรู้ทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป เช่น มีการยิ้ม การทักทาย พูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม เรียนรู้ที่จะเข้าใจและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในการติดต่อกับผู้อื่นมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น
7. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกซึ่งนำมาประยุกต์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดการปรับตัวไปในทางที่ดีขึ้น
8. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การที่ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มสม่ำเสมอและมีความสามัคคีในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับผู้รักษาและผูกพันกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน สมาชิกจะรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความสำคัญต่อกลุ่ม ในบรรยากาศเช่นนี้ สมาชิกกลุ่มจะสามารถพูดความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งเขาไม่สามารถทำได้ในสังคมทั่วไป การที่สมาชิกกลุ่มยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันเป็นประสบการณ์ที่สำคัญยิ่งในชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น
9. การได้ระบายออก (Catharsis) ในกลุ่มผู้ป่วยสามารถพูดระบายความรู้สึก คับข้องใจ ความขัดแย้งที่เก็บอัดไว้ในใจ ซึ่งเขาไม่สามารถพูดได้ในสังคมทั่วไป ในสังคมเรามักจะพูดแต่เพียงความรู้สึกด้านดี ไม่นิยมพูดถึงความรู้สึกด้านลบ ทำให้ต้องเก็บความรู้สึกด้านลบไว้ ในกลุ่มบำบัด ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้พูดความรู้สึกด้านลบ ในขณะที่กลุ่มรับฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจ เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจแล้ว จะมีผลทำให้สมาชิกมีจิตใจปลอดโปร่งขึ้น สามารถมองดูเหตุการณ์ด้วยใจที่เป็นกลางมากขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ จิตใจส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น
10. การรู้สึกมีความหวัง (Installation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หดหู่ในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมียุติที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น เพราะว่า ความหวังจะทำให้สมาชิกมีพลังใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่หวังมีความเข้มแข็ง ทำให้สมาชิกรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า (Raleigh, 1980 อ้างในอัจฉราวรรณ แก่นอินทร์, 2548)

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจาก ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้เกิดความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลง หรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็สูงเพิ่มขึ้นจากสามารถเผชิญปัญหาได้

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิด กลุ่มบำบัดของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยจัดกิจกรรม จำนวน 6 กิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ และความไว้วางใจ
- กิจกรรมที่ 2 การสำรวจและค้นหาปัญหา
- กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเรียนรู้
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน
- กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา
- กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการกลับคืนสู่สังคม

ขอบเขตการศึกษา

- การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคอง

- ประชากร คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน

- กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ระดับคะแนน ไม่สูงกว่า 36 คะแนน
2. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ พูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง
3. คะแนนการปรับตัวทางสังคมไม่สูงกว่า 10 คะแนน
4. ยินดีให้ความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- ตัวแปรต้น คือ การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคองในผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ผู้ดูแล

2. แบบประเมินการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบประเมินการปรับตัวทางสังคม ของ จันรรจา บำเหน็จพันธุ์ ที่สร้างและแปลมาจาก Premorbid Adjustment Scale: PAS (Cannon - Spoor, H., potkin, G., and Wyatt, 1982) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย 5 ด้าน ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินการปรับตัวทางสังคม ได้แก่

1. ด้านการเรียนหรือการทำงานอาชีพ
2. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว
3. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม
4. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. ด้านการทำการกิจกรรมในยามว่าง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเน้น 3 กิจกรรมคือการสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม การทำให้กลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้นและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มเป็นการสร้างสัมพันธภาพ หมายถึงการสร้างควมไว้วางใจและแรงจูงใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเรียนรู้การแก้ปัญหา สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองเมื่อเข้ากลุ่ม มีการเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประวัติ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ ไว้วางใจกันมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการทำงานร่วมกัน หมายถึงการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การเผชิญปัญหาของตนเอง การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน ประคับประคองซึ่งกันและกัน เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว ช่วยกันหาวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม หมายถึงการพัฒนาทักษะการกลับคืนสู่สังคม การให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และนำสิ่งที่ได้ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจจนทำให้มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และสูญเสียความสามารถในการรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง มารับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวช หรือ สถานบริการทางสุขภาพที่มีหน่วยบำบัดรักษาทางจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ หรือ ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โดยแพทย์ให้การ วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision, 2014) ตามที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำขึ้นเพื่อจำแนกโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD - 10 (International Classification of Disease) ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

การปรับตัวทางสังคม หมายถึงความสามารถในการทำงานหรือการเรียน การดูแลรับผิดชอบตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและในสังคม การทำกิจกรรมในยามว่างซึ่งพิจารณาจากคะแนนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาจากแบบประเมินการปรับตัวทางสังคมของ จานรรจา บำเหน็จพันธ์ุ ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมโดยอาศัย Premorbid Adjustment Scale : PAS (Cannon - Spoor, H., potkin, G, and Wyatt, 1982) เป็นแนวทางโดยแบ่งคะแนนการปรับตัวทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือการปรับตัวทางสังคม ระดับดี คะแนนระหว่าง 16 - 20 คะแนน การปรับตัวทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 11 - 15 คะแนน และการปรับตัวทางสังคม ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 5 - 10 คะแนน

4) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง มีการปรับตัวทางสังคมที่ดี
 3. เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท
 4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานขึ้น
- 5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองมีการปรับตัวทางสังคมได้ดีขึ้น
- 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (รอดำเนินการ)
- 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (รอดำเนินการ)
- 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ (รอดำเนินการ)
- 9) ข้อเสนอแนะ (รอดำเนินการ)
- 10) การเผยแพร่(ถ้ามี)
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ
- 11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน
ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 85 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวัฒนเรักษ์ ช่วยมาก	ร้อยละ5	นาย วัฒนเรักษ์ ช่วยมาก
นายฐิติวัชร อรุณสันติวงศ์	ร้อยละ5	นาย ฐิติวัชร อรุณสันติวงศ์

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางนัยนา มาลัย

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับ ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1135, 1149, 1165 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2) หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเภท (OSchizophrenia) เป็นโรคที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) พบประมาณร้อยละ 45 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้จะเป็นเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเขารู้ปัญหาปกติ (WHO, 1992) ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักไม่หายขาด โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมารักษาซ้ำ มีร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (เชษฐาธิ พงษ์อนุตร, 2531) โอกาสการกลับมารักษาซ้ำสูงทำให้เกิดความถดถอยทางด้านบุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และมีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) จากลักษณะของโรคที่เป็นเรื้อรังผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Katon อ้างถึงใน สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) ซึ่ง Hausmann (2002 อ้างถึงในปริยนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 7 - 75 ผู้ป่วยจิตเภทจะประเมินและรับรู้ตนเองในแง่ลบว่าไม่มีคุณค่า ด้อยสมรรถภาพเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทัยภาค และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเภทจบชีวิตของตนเองลง ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ป่วยมักมีประวัติอาการซึมเศร้าชัดเจน เกิดร่วมกับภาวะสิ้นหวัง และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าภาวะอาการทางลบ (Drake and Cotton, 1986) และซึมเศร่ายังเกิดร่วมกับพยายามฆ่าตัวตายอีกด้วย (Prasad, 1986) ภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร่วมกับโรคจิตเภทบ่อยและมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย (Kohler and Lallart, 2002) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Meltzer (2002) ภาวะซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่วน Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเปี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเปี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเปี่ยงเบนทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์

ในประเทศไทยปริยนันท์ สละสวัสดิ์(2546) ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ให้เกิดความสมดุลทางจิตใจของบุคคล ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจที่รุนแรงขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มจิตบำบัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกร่วมกัน มีความผูกพันกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการพัฒนาความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ วิบูลย์ ขานวิฑิตกุล (2549)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง หมายถึง การบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มมีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ มีทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ในทางที่เหมาะสม นำไปสู่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าลดลง โดยกลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่มจำนวนกลุ่มละ 10 คน เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นให้เกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทลดลง โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกลุ่มเป็นการสร้างสัมพันธภาพ หมายถึงการสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจ การสำรวจและค้นหาปัญหา โดยการเรียนรู้การแก้ปัญหา สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองเมื่อเข้ากลุ่ม มีการเรียนรู้แสดงความคิดเห็น โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงประวัติ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ ไว้วางใจกันมากขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะการทำงานร่วมกัน หมายถึงการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การเผชิญปัญหาของตนเอง การพัฒนาการมีคุณค่าแห่งตน ประคับประคองซึ่งกันและกัน เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว ช่วยกันหาวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม หมายถึงการพัฒนาทักษะการกลับคืนสู่สังคม การให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และนำสิ่งที่ได้ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ICD – 10 (International Classification of Disease) ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหดหู่ เศร้าหมอง ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เฉื่อยชา รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย หรืออยากฆ่าตัวตาย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory)

ข้อเสนอ

จัดดำเนินการหาวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าลดลงโดยใช้ โปรแกรมการใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยในชายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(The One-Group Pretest-Posttest

Design) เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. สถานที่ทำการศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน

1.2 มีอายุ 18 ขึ้นไป

1.3 รู้สีก้าวดี สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.5 ผู้ป่วยที่มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 37 คะแนน

2. เกณฑ์การคัดออก

2.1 ไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรมจนครบระยะเวลาศึกษา

2.2 มีอาการทางจิตกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แผนการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนตำราและเอกสารวิชาการ ตรวจสอบเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริงโดยผู้เชี่ยวชาญ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

4. แบบประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

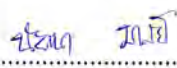
1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า หลังทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

(ลงชื่อ)..........ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล
(นางนัยนา มาลัย)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่..... 26 พ.ค. 66

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..........(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่)
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจพยาบาล
วันที่..... 26 พ.ค. 66


(ลงชื่อ)..........(ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายแพทย์ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
วันที่..... 26 พ.ค. 66

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้