

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางปัญญวดี สาทิพจันทร์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 268 271 272 281 346 365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3 ความรู้เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden)

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคทางจิต (Mental disorder) มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลกและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (Year Lived with Disability, YLDs) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นโรคหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มโรคทางจิต “โรคจิตเภท” เป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่รุนแรงซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิต การกระทำการแสดงอารมณ์ การรับรู้ความเป็นจริง แม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่เหมือนกับอาการป่วยทางจิตอื่นๆ แต่ก็อาจเป็นอาการเรื้อรังและทุพพลภาพได้มากที่สุดโรคหนึ่งโรคทางจิต (Mental disorder) มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลกและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (Year Lived with Disability, YLDs) อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมีมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2022 พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลกแบ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน เพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน ซึ่งมากกว่าจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (World Health Organization, 2022) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังจึงก่อให้เกิดภาระโรค องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียปีแห่งสุขภาพจะไปถึงร้อยละ 91 (Glatt, Faraone & Tsuang, 2019) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ خسูลสังคม ประเทศชาติที่อยู่ในวัยที่จะสร้างผลผลิตให้กับประเทศ ตัวอย่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานการสูญเสียรายได้ต่อปีของผู้เจ็บป่วยทางจิตรุนแรงถึง 193 ดอลลาร์ (Curtis & Tuzo, 2017) นอกจากนี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการรักษาต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงไม่กระทบเฉพาะเศรษฐกิจในครอบครัวเท่านั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 75 ของรายได้ประเทศที่ได้มาจากภาษีของประชาชน ถูกใช้จ่ายไปเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของประชากรเช่นกัน จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน จากรายงานผู้ป่วยมา

273,817 คน ปี 2563 จำนวน 283,065 คน และปี 2564 จำนวน 284,273 คน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในปี 2560 ลดลงประมาณ 100,000 คน จากปี 2559 แต่ขณะเดียวกันมีการรายงานของกรมสุขภาพจิตว่าในปีงบประมาณ 2563 – 2564 มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้น ตามลำดับ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จึงมีนโยบายลดความแออัดของผู้มารับบริการในหน่วยงาน

สำหรับสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี 2563 -2565 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชหลังรับไว้รักษาและจำหน่ายกลับ จำนวน 5,549 , 4,792 และ 4,451 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2,487 , 1,805 และ 1,607 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.30 ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้งหมด มีจำนวนวันนอน 32.49 , 34.63 และ 23.57 วัน/ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย 93,322.17 , 91,351.91 และ 69,179.82 บาท/ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับการดูแลในโรงพยาบาลตามระยะวันนอนที่มากกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เนื่องจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วยซึ่งรุนแรงและซับซ้อน ต้องปรับแผนการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามระยะวันนอน นอกจากนี้ยังพบว่าหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังคงพบอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ ภายใน 90 วัน มีจำนวน 115 , 177 และ 218 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.5 , 16.4 และ 17.64 ตามลำดับ (รายงานสถิติประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) จากการทบทวนและวิเคราะห์ของทีมนำทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทแม้จะได้รับแผนการดูแลตามมาตรฐานรายโรค เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการสื่อสาร มีเพียงเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมตามมาตรฐานรายโรคที่ได้กำหนดไว้มากกว่า ร้อยละ 80 และพบว่าผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายเฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเท่านั้น ผลการวิเคราะห์สาเหตุของทีมนำทางคลินิกพบว่า ผู้ดูแลบางครอบครัวมีภาระ ภาระงานไม่ได้ ไม่มีเวลาในการมาร่วมกิจกรรมการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ บางครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานภายในเวลาที่นายจ้างอนุญาตให้ลาหยุดงาน รวมถึงผู้ดูแลไม่ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามโปรแกรม และผู้ดูแลได้รับการวางแผนการจำหน่ายไม่ครบตามมาตรฐานการดูแล (รายงานคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก, 2562) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด พฤติกรรม การรับรู้ การสื่อสารและสัมพันธภาพ จึงเป็นภาระให้กับครอบครัวและส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต กำเริบ กลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ร่วมกันดูแลหรือได้รับการเตรียมความพร้อมผ่านโปรแกรมต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานขึ้น รับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการทำงานและประกอบอาชีพของผู้ป่วย งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความต้องการการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลมีความสำคัญและจำเป็นในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงผู้ดูแลมีการปรับมุมมอง เกิดพลังสุขภาพจิต มีทัศนคติด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยและตัวเอง รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง วิธีการจัดการการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและความต้องการเวลาในการพบแพทย์ในแต่ละครั้ง เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การได้รับยา และ ความก้าวหน้าของโรค เพื่อจะได้ร่วมการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ในการมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้ง ไม่ต้องเสียเวลาในการทำมาหากินและผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลหรือสื่อสารกับทีมวิชาชีพได้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ที่มีทั้งความเครียด ความกดดันจากชุมชนที่อยู่ เมื่อผู้ป่วยที่ดูแลไปก่อความวุ่นวายหรือมีพฤติกรรม

ที่เสี่ยงจะเป็นอันตรายต่อคนอื่น การขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อแต่ก็ไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ สามารถสรุปได้ว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตัวเอง ในการเสริมสร้างกำลังใจโดยใช้ระยะเวลาในช่วงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้ง และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจากทีมของโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการดำเนินการในกลุ่มที่มีปัญหารุนแรงซับซ้อน (SMI-V) ที่ผ่านการพิจารณาตามเกณฑ์ นำเข้าสู่กระบวนการดูแลด้วยระบบการจัดการรายกรณี แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป มีเพียงการวางแผนการจำตามโปรแกรมปกติ ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลค่อนข้างน้อย ไม่มีการเตรียมความพร้อมที่เป็นโปรแกรมชัดเจนของผู้ดูแล ดังนั้นหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชน พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลือ มักมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ และกลับมาป่วยซ้ำ โดยพบว่าภายใน 1 ปี หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50-70 จะมียาอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก (Chein and Norman, 2003) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ สาเหตุหนึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ลักษณะ ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น, 2560)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในโรงพยาบาล ศรีธัญญา รับรู้ถึงภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน เห็นถึงความยากลำบาก ความเครียด และทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการนำมาใช้เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค มีพลังสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการส่งเสริมคุณภาพของการให้การพยาบาลให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งแนวทาง นอกเหนือจากการให้การพยาบาลเฉพาะตัวผู้ป่วยจิตเวช

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์วินิจฉัยในระบบ ICD-10-TM (The international statistical classification of diseases and related health problems, 10 revision, Thai modification) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งชายและหญิง ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 ถึง เดือน สิงหาคม 2566 โดยเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย
2. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18-65 ปี
3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน
4. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชและความผิดปกติทางสมอง
5. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการวิจัย

4.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

2. โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือรักษาแบบ

ผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ความต้องการของผู้ดูแล ข้อมูลโรคและการรักษา การประเมินอาการ ทักษะการจัดการ กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ทักษะการจัดการความเครียด การดูแลตนเอง การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังและ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ใช้กระบวนการแบบกลุ่ม กิจกรรมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ออกแบบขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเชื่อมโยงสายใย มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมเพื่อนพบเพื่อนและกิจกรรมมองต่างมุม

กิจกรรมที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน มี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมพุดระบาย กิจกรรมความรู้โรคจิตเภท และกิจกรรม ปัญหาและความหวัง

กิจกรรมที่ 3 ผูกพันตั้งใจ มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมร่วมคิด และกิจกรรมงานของเรา

3. แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) จำนวน 12 ข้อ

การแปลผล

- 0-10 คะแนน : มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย
- 11-20 คะแนน : มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง
- 21-30 คะแนน : มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก
- 31-48 คะแนน : มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมากที่สุด

4.3 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อได้รับการอนุมัติจึงสามารถดำเนินการวิจัยได้

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair)

3. คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยและลงรายชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ประเมินภาระการดูแลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดำเนินการ กิจกรรม 1 ครั้ง ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 90 นาที ดำเนินการบำบัดโดยผู้วิจัยคนที่ 1 ทำหน้าที่เป็น ผู้นำกลุ่มในการบำบัด ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการบำบัด

6. ในช่วงทำการศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติประกอบด้วย กิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

- 1) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
- 2) ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเตือน
- 3) ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
- 4) การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

7. หลังสิ้นสุดการทดลองทำการประเมินภาระการดูแล ครั้งที่ 1 ทันที เว้นระยะห่างอีก 1 สัปดาห์ทำการประเมินครั้งที่ 2 โดยแบบประเมินชุดเดียวกัน ประเมินแบบคู่ขนานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

ร้อยละการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทดสอบค่าสถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยทดสอบค่าสถิติ Mann-Whitney u test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำให้ความรู้สึกต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

3. ลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการรักษา

4. ผู้ดูแลมีเครือข่ายและมีที่ปรึกษาและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

5. มีโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ

9) ข้อเสนอแนะ

ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลนางปัญญวดี สาทิพจันทร์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

270 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

268 271 272 281 346 365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงานโรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัด”

2) หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากสถิติของกรมสุขภาพจิตได้รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี 2562-2564 มีจำนวน 387,632 คน 480,059 คน และ 570,679 คน ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2564) สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี 2562-2564 พบว่ามีผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 20,957 ราย 23,177 ราย และ 20,466 ราย ตามลำดับ สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งในแง่ของปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยพันธุกรรมและปัจจัยทางจิตสังคม เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคซึมเศร้าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะที่สำคัญคือ มีความรู้สึกทุกข์ เศร้าหมอง เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังมีแนวคิดในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสถานการณ์ ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายลดลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ และเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล เฉื่อยเมย เฉื่อยชา ต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อารมณ์รุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตหรือฆ่าตัวตายได้ การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม ด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy [CBT]) และการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral counseling) ซึ่งใช้แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการบำบัดที่ใช้การไตร่ตรอง การคิดพิจารณาเชิงเหตุเชิงผล มีเวลาจำกัด มีโครงสร้าง การบำบัดเหมือน psychological intervention และได้เสนอจำนวนครั้งของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมไว้เพียง 6-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้มีปัญหาซึมเศร้า และรูปแบบการให้การปรึกษาเป็นรูปแบบการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถใช้บทบาทหน้าที่อย่างอิสระ อีกทั้งการให้การปรึกษาจัดเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลที่จำเป็น โรงพยาบาลศรีธัญญาได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ดังนี้ คือให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (9Q, 8Q) ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมตามระดับความรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย-ปานกลาง (9Q = 7-18 คะแนน) โดยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามความต้องการหรือความจำเป็นของผู้ป่วย เช่น จิตสังคมบำบัด (PIC Program) การให้คำปรึกษาตามแนวคิดการเสริมแรงใจ (MI) สติบำบัด และจิตบำบัดตามแนวคิด

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หรือ Illness Management Recovery (IMR) และผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ($9Q \geq 19$ คะแนน) ให้พิจารณาทำจิตบำบัด/ส่งปรึกษาเพื่อการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด หรือจิตบำบัดแนวความคิดเชิงรู้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล นอกจากการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลศรีธัญญาแล้ว ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางจะได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด รายบุคคล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการให้ปรึกษาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล อีกทั้งผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม CBT และปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชในงานผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าไม่มาตรวจตามนัด อยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคจิตเภท จึงได้สนใจพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัด โดยใช้แนวคิดของ Beck โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง และเข้าสู่กระบวนการรักษา

3) บทวิเคราะห์/แนวคิดความคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

บทวิเคราะห์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยแสดงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง นอนไม่หลับ สาเหตุของโรคซึมเศร้า เกิดจากสารในสมองผิดปกติและพันธุกรรม โดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพ มักเป็นคนมองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ สนใจแต่ในด้านไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่างๆ มากกว่าด้านบวก เมื่อประสบปัญหาจะใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบวก บำบัดความไว้วางใจและการยอมรับ ผู้ให้การปรึกษามีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนในปัญหาของตนเอง และวิธีการที่เขาจะแก้ปัญหาและอยู่กับปัญหาที่อาจจะยังแก้ไขไม่ได้ ลักษณะของการให้การปรึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิดหรือการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการบำบัดรายบุคคล การพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการบำบัดและให้การปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลปทุมภูมิและพุทฺธยภูมิ ที่พัฒนาโดย ดาราวรรณ ต๊ะปันตา และคณะ (2555) โดยใช้แนวคิดของ Beck และใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/องค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิต ในกระบวนการพัฒนา

แนวความคิด

โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอาการเด่นโดยแสดงอารมณ์เศร้า หดหู่ใจ สะเทือนใจ ร้องไห้ไม่มีเหตุผล เบื่อหน่ายสังคมและสิ่งแวดล้อม ท้อแท้ มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อมีสิ่งรบกวน เหม่อลอย หลงลืมง่าย มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกตนเองมีความทุกข์มากจนไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย อาจจะมีผลต่อภาวะโภชนาการหรือการนอนที่ผิดปกติ จนส่งผลต่อการทำหน้าที่การทำงานของปอดปัจจุบันในที่สุดอาการของโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ และพฤติกรรม ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าจะเกิดขึ้นติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าจะสามารถรักษาให้หายได้ แต่ก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้

การให้การปรึกษาโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการให้การปรึกษาประเภทหนึ่งเพื่อช่วยลด

หรือปรับแก้ปัญหาทางอารมณ์พฤติกรรมและสรีระตามความเชื่อที่ว่าสิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์พฤติกรรม และสรีระโดยตรงแต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ตามการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล โดยการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral counseling) ใช้แนวคิดเดียวกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy [CBT]) และได้เสนอจำนวนครั้งของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมไว้เพียง 6-10 ครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า แล้วแต่ความรุนแรงของอาการ ความยาวนานของการให้การปรึกษาในแต่ละครั้งประมาณ 50-60 นาที โดยต้องมีการให้ความรู้เรื่องการเกิดปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ มีการตกลงวิธีการในการให้การปรึกษา มีการเลือกเป้าหมายในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง ตกลงวิธีการที่จะต้องทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การทดลองทำกิจกรรม มีการทำการบ้าน การให้ข้อมูลย้อนกลับในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เพื่อปรับการให้การปรึกษาครั้งต่อไป เป็นต้น

ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคซึมเศร้าเกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิด โดยมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน ทั้งเกี่ยวกับตนเอง ต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอกและต่ออนาคต บุคคลที่มีความคิดหรือมุมมองในด้านลบเหล่านี้ ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้า การบำบัดบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม ด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้มีปัญหาซึมเศร้า เป็นการช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกับการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ในเรื่องของจำนวนครั้งในการพบกับผู้รับการบำบัดที่มีจำนวนน้อยกว่า ส่งผลให้มีการหยุดมารับของการบำบัดแบบการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมมีน้อยกว่า การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้ศึกษาจึงพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประยุกต์จากโปรแกรมการให้การปรึกษา โดยการบำบัดและให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่พัฒนาโดย ดาราวรรณ ต๊ะปันตาและคณะ (2555) และใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/องค์ความรู้และเทคโนโลยีสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2554) ในกระบวนการพัฒนา

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

โปรแกรมที่ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบาง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญาพิจารณา เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ก่อนดำเนินการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินการ

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์และการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตาด้านจิตในสภาพที่เป็นจริง

1.2 ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาระเบียบวิธีวิจัยในการพัฒนารูปแบบ

1.3 จัดทำโครงการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและนำเสนอให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาพิจารณา

1.4 พัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามโครงสร้างรูปแบบที่กำหนด

1.5 ติดตามผลการใช้โปรแกรม

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัด และได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น
3. เป็นการพัฒนาความก้าวหน้าการปฏิบัติการวิชาชีพพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มาตรวจตามนัด จำนวน 1 โปรแกรม
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 80)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าเกษียณอายุราชการในปึงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพ ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือนในปึงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
 (นางปัญญวดี สาทิพจันทร์)
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
 (นางสาวรุ่งทิพา เกิดแสง)
 ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล
 วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
 (นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
 วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้