

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางอารียา เตชไพสิฐพงศ์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 268 271 272 281 346 365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองด้วยกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2566- ปัจจุบัน
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1) มีทักษะและความชำนาญในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ทั้งการให้คำปรึกษา การเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดจิตบำบัดระดับประจักษ์ การทำจิตบำบัดในแนวชาเทียร์ การบำบัดด้วยสติบำบัด และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยเฝ้าระวังฆ่าตัวตาย
 - 3.2) เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในเรื่องจิตเวชในองค์กรและในเครือข่ายสุขภาพจิต
 - 3.3) การบริหารหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
 - 3.4) มีความสามารถในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ และสามารถสืบค้นความรู้ใหม่ๆจากฐานข้อมูล
- 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความพร้อมในการรู้คิดและพฤติกรรม รวมถึงส่งผลการเข้าสังคม (Phanthunane et al, 2010) ส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน (0.32%) ทั่วโลก (WHO, 2565) ความชุกทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 0.3-0.7 พบอุบัติการณ์ของการเป็นโรคประมาณ 1.5 คนต่อประชากรแสนคน McGrath J, Saha S, Chant D, Welham, J., 2008 อ้างใน มรกด วรธรรมาทิพย์, 2555 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหลงผิดในปีงบประมาณ 2559 ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ามีค่าสูงที่สุด กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่น (อุทุมพร วงษ์ศิลป์และภาสกร สอนเรือง, 2562)

โรคจิตเภทเกิดจากสาเหตุ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 1) สาเหตุทางด้านกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้สูงกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 15 ถ้าพบว่าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท และมีโอกาสเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นในกรณีทั้งบิดามารดาป่วยด้วยโรคนี้อยู่ถึงร้อยละ 35 (Videbeck, 2008) ฝาแฝดที่มาจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่ฝาแฝดที่มีไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 8 2) พยาธิสภาพและสรีรวิทยาของผู้ป่วยจิตเภท 3) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด (Sadock & Sadock, 2007) 4) ระบบสารชีวเคมีในสมอง โดยเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก hyperactivity ของ dopamine โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 การที่ dopamine ออกฤทธิ์ต่ำในบริเวณ prefrontal มีผลต่อผู้ป่วยในเรื่องความตั้งใจ ความจำและพฤติกรรมของร่างกาย นอกจากนี้พบว่าการขาดแคลน serotonin glutamate และ GABA ที่มีอยู่ทั่วไปในสมองจะมีผลต่อความคิดและอาการต่างๆทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเวช (มานิซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555, Nolen-Hoeksema, 2011) ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจ มีสองปัจจัยคือ กระบวนการภายในจิตใจ (intrapsychic) ได้แก่ความขัดแย้งภายในจิตใจ และกระบวนการระหว่างบุคคล (interpersonal) ได้แก่ลักษณะการถูกเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีกลุ่มอาการใน 2 ลักษณะคือ กลุ่มอาการทางบวก (positive) symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations พฤติกรรมและการพูดผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) ความผิดปกติทางด้านความคิด ประกอบด้วยความคิดผิดปกติของเนื้อหาความคิด (thought content) และความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) ซึ่งความผิดปกติของเนื้อหาความคิดนั้นจะประเมินได้จากการสะท้อนความคิดของผู้ป่วย ความเชื่อ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยจะพบในลักษณะการหลงผิดต่างๆ ส่วนความผิดปกติของกระบวนการความคิด (thought process) ประเมินจากวิธีการคิดและรูปแบบการใช้ภาษาของผู้ป่วย โดยตรวจสอบจากการพูด การเขียนหรือการวาดภาพ รวมทั้งการสังเกตจากพฤติกรรมการกระทำของผู้ป่วย ความจำ (memory) ความใส่ใจ (attention) รูปแบบและลักษณะการพูด (form and organization of speech) และการตัดสินใจ (decision making) สำหรับ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (emotion) จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอารมณ์เรียบเฉย (apathy) อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ (inappropriate mood) ขาดความสามารถในการทำให้ตนเองมีอารมณ์ทางด้านสุขได้ รวมทั้งพูดยาก พูดน้อย สามารถเพียงถ่ายทอดคำพูดเป็นคำสั้นๆ หรือไม่พูด บอกพร่องทางด้านการสะท้อนความคิด ขาดแรงจูงใจในการพูด (alogia) ขาดความสามารถในการอดทนต่อกิจกรรมง่ายๆ รวมถึงการทำงาน การเรียนหนังสือ ไม่สามารถในการทำกิจกรรมได้ทุกอย่างหรือทำแบบเรื่อยเปื่อยไม่เป็นระบบ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ทั้งวันไม่ทำอะไร เฉื่อยเฉยและแยกตัวออกจากสังคม (avolition) (Nolen-Hoeksema, 2011) ส่วนความผิดปกติทางการรับรู้ เป็นผลมาจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ ทำให้เกิดความผิดปกติของการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 จึงมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ และความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การมีลักษณะท่าทางพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมซ้ำๆ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม การทำงาน และการเรียน (Moller, 2009) และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้า (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆตามบทบาทและหน้าที่ทางสังคม การมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ปีทมา ศิริเวช, 2552)การถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเสมือนการตีตราบาปให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว สังคมไม่ค่อยให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าเข้าสังคม และการที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยารักษา อาการทางจิตอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการทางจิตมีลักษณะเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยบางคนจึงแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม หรือถูกครอบครัวทอดทิ้ง กลายเป็นคนเร่ร่อน ไม่มีอาชีพ (สมาคมผู้บกพร่องทางจิต โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2550)

การรักษาด้วยยา ในระยะเฉียบพลัน (acute) จะใช้ยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drugs) เพื่อจัดการกับอาการทางจิตที่รุนแรง ส่วนการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในระยะต่อเนื่อง (stabilization) และระยะอาการคงที่ (maintenance) เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการทางจิตซ้ำ ซึ่งทั้งสองช่วงนี้เป็นช่วงที่ให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับมาทำหน้าที่ของตนได้ดีขึ้น (Sadock & Sadock, 2007) นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา มักใช้รักษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ใช้รักษาในผู้ป่วย catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression มีความคิดฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูลและปรโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ส่วนการรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาโดยใช้หลายๆวิธีเพื่อเสริมด้านอารมณ์ และช่วยให้มองเห็นความบกพร่องจากอาการทางจิตเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงเริ่มกลับมาเป็นปกติ เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ช่วยในการฝึกทักษะและการมีสัมพันธภาพในการสื่อสารเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าสังคมดีขึ้น รวมทั้งเป็นการ

ช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้เข้าใจโรคจิตเภทและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น และครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ ตัวอย่างของการรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ supportive group psychoeducation group การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคม การให้คำปรึกษาคือครอบครัว/ครอบครัวบำบัด การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การผ่อนคลายความเครียด การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ การให้จิตบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) กลุ่มการนึกคิดบำบัด (cognitive therapy) การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) กลุ่มบำบัดแนวมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (humanistic-existential therapy) และกลุ่มจิตบำบัดอื่นๆ เช่น ศิลปะบำบัด และดนตรีบำบัด ซึ่งการรักษาในปัจจุบันนี้เป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยากับการรักษาทางจิตสังคม เป็นแบบบูรณาการครอบคลุมทั้งทางด้าน ชีวะ-จิต-สังคม-จิตวิญญาณ (bio-psycho-social-spiritual) ซึ่งได้ผลดีมาก (Sadock & Sadock, 2007, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, 2551) สอดคล้องกับที่ Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwife (1999) ศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่เรื้อรังดังเช่น ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา และการทำจิตบำบัดรายกลุ่มหรือจิตบำบัดรายบุคคล รวมทั้งการรักษาทางจิตสังคมในลักษณะอื่นๆ ที่เป็นการเสริมประสิทธิภาพการรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยป้องกันและฟื้นฟูการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด (กรมสุขภาพจิต, 2551) ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ดีขึ้น มีทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ดีขึ้น

จิตบำบัดประคับประคองมีรากฐานมาจากจิตบำบัดที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตของบุคคลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งใช้การสำรวจค้นหาข้อขัดแย้งของจิตได้สำนึกด้วยการรับรู้ภายใน

การบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองมีเป้าหมายโดยตรงต่อผู้รับบริการและโดยอ้อมต่อผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัว เป้าหมายการทำจิตบำบัดประคับประคอง (bloch, 1979, Winslon, Rosenthal, & Pinsker, 2004) องค์ประกอบของการทำจิตบำบัดประคับประคองเน้นที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน การบำบัดจึงเน้นสภาวะจิตในระดับความเป็นตัวตนของผู้ป่วย ไม่เน้นสภาวะจิตได้สำนึก โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ความสัมพันธ์เชิงบำบัด การทำงานของสภาวะจิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทักษะการปรับตัว จุดประสงค์คือประคับประคอง ช่วยเหลือ ลดอาการทางจิต ส่งเสริมหน้าที่ทางสังคม สนับสนุนการมีคุณค่าในตนเอง สร้างความตระหนักต่อสถานการณ์ชีวิตของตนเอง ป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นต้น แต่จิตบำบัดประคับประคอง เป็นเพียงชุดของเทคนิคการสนทนากับผู้ป่วยมารวมกัน ไม่มีทฤษฎีทางพัฒนาการมาอธิบาย (รังสิมันต์, 2560)

กระบวนการบำบัดจิตบำบัดประคับประคอง

การบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคองแบ่งเป็นระยะการบำบัด 3 ระยะคือ การเริ่มต้น การทำงานร่วมกัน และการสิ้นสุด ในแต่ละระยะของการบำบัด ผู้บำบัดสื่อสารกับผู้รับบริการโดยใช้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ดังนี้

ระยะเริ่มต้น

ในการทำจิตบำบัดประคับประคอง เช่นเดียวกับจิตบำบัดประเภทอื่น ผู้บำบัดและผู้รับบริการทำความตกลงเลือกการบำบัดนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา ระยะเริ่มต้นนี้ เป็นการประเมินและศึกษาผู้รับบริการรายกรณีเพื่อวินิจฉัยการเจ็บป่วยและอธิบายปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา ระบุเป้าหมายและผลลัพธ์

ระยะการทำงานร่วมกัน

เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ/ผู้ป่วยเป็นไปด้วยดีตามหลักการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้บำบัดตรวจสอบความบกพร่องสภาพจิตและการปรับตัวของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย จึงดำเนินกระบวนการบำบัดเชิงบวก ระหว่างบำบัดอาจมีการตั้งเป้าหมายใหม่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต หรือเพื่อเพิ่มการทำงานในการปรับตัว มีการประคับประคองอารมณ์ ความรู้สึก กลไกการป้องกันตัว (ริงส์มันด์, 2560)

ระยะสิ้นสุด

ในการทำจิตบำบัดประคับประคองนั้นการสิ้นสุดการบำบัดขึ้นอยู่กับการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือผู้ป่วยที่เป็นผู้รับบริการเลือกที่จะยุติการบำบัด

จากการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ yalom (1995)

มีการทำกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้งๆ 60 นาที โดยแต่ละครั้งมีการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะ โดยอาศัยเทคนิคประเภทการอธิบาย ความ หรือการตีความ เป็นการแสดงความหมายหรือขยายความ หรือการแปลความหมายของคำพูดที่เป็นไปในเชิงบวก เทคนิคประเภทการแนะนำอย่างมีทิศทางเป็นคำกล่าวที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยสามารถมีแนวทางในการปรับปรุงความคิดหรือพฤติกรรมของตนเอง

องค์ประกอบและกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของมิลเลอร์อ้างใน นิตยา เจริญยุทธและคณะ, 2564

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve)
2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิต เป็นความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถ ที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือ ในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจ เกิดขึ้น สำหรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาส สำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทาง สังคมอีกด้วย
3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) อัตมโนทัศน์ (Self – concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือการบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวกโดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเองและพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วย ที่มีต่อตน
4. พลังงาน (Energy) เป็นความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพ ที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่าง พลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป
5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉยซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ ส่วนการตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจของความรู้และการรับรู้ ด้วย

ปัญญา การตระหนักรู้ภายในตน คือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่ การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตอันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและการรับรู้อย่างถูกต้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ รับรู้ถึงผลลัพธ์ ของการรักษา ที่พึงปรารถนาและการประเมินตนเอง

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด ในการจัดกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองบูรณาการกับแนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจด้านจิตใจ ในเรื่อง ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม ความคิด และ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วยภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ ของตน ส่งเสริมให้มีความสุขในชีวิต ชีวิตมีความสมดุล พลังงาน และความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา ขั้นตอนการบำบัด มีการบำบัด มี 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นอันดับ 1 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี 2560- 2563 มีผู้ป่วยจิตเภทรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน (สถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2563) มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในจำนวนดังนี้ 2,555 ราย 2,748 ราย และ 2,487 รายตามลำดับในหอผู้ป่วยหญิง 8 มีผู้ป่วยจิตเวชที่วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงมารับบริการเป็นอันดับ 1 เช่นกัน ในปี 2563-2565 ตามลำดับ เมื่อเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคจิตเวชอื่น 331/722 ราย , 322/729 ราย และ 242/520 ราย โดยมาด้วยอาการหลงผิด หวาดระแวง มีพฤติกรรมรุนแรงกับญาติ และคนใกล้ชิด ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล ได้รับยารักษาอาการทางจิตแล้ว แต่ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย ยังมีรู้สึกตนเองไม่ปลอดภัย ไม่มีความสุข

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน โดยจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบบประเมินความสุข คนไทยและแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi Experiment research) รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน (the pretest-posttest Control group design)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความสุขของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดเปรียบเทียบกับกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การที่ผู้ป่วยมีความสุขและสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนได้ ทั้งขณะนอนในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ในสังคม

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

รูปแบบการติดตามผลพลังอำนาจแห่งตนยังชัดเจน

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองด้วยกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการฝึกผู้บำบัดก่อนการบำบัด

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การวัดผลยังไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

9) ข้อเสนอแนะ

มีการฝึกผู้บำบัด

มีแนวทางการติดตามผลของการบำบัดที่ชัดเจน ด้วยการทำงานเป็นทีมในการพัฒนา

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 % และไม่มีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช	10 %	ดาวท้ว
นางสาวพิมพ์กานต์ ศรีบุพิมพ์	10 %	พิมพ์กานต์

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางอารียา เตชไพสิฐพงศ์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 268 271

272 281 346 365 กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของแบบประเมินภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับพยาบาล

2) หลักการและเหตุผล

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาพยาบาลและเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยไม่น้อยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (World Health Organization [WHO]; 2014) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุดในขณะเข้ารับการรักษาดังนั้น ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่สามารถช่วยในการเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและช่วยในการตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤตเพื่อป้องกันการเสียชีวิต ทั้งนี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70 (WHO, 2014) โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วมทั้งทางจิตเวชและโรคร่วมทางกายควบคู่ในบุคคลเดียวกัน (บุญศิริ จันศิริมงคล, หทัยชนนี บุญเจริญ, สรสร จวงษ์, สาวิตรี สุริยะ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และอุณจิตร คุณารักษ์, 2556)

แบบประเมินภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะวิกฤตทางกาย ในผู้ป่วยจิตเวชและเพื่อประเมินประสิทธิผลของแบบประเมินภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบการประเมินภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช มี 2 มิติ คือ

มิติที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ของประวัติการเจ็บป่วยทางกาย 4 ด้าน ตามกรอบ Assessment Frame ประวัติผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกายก่อนมารักษาโรงพยาบาลศรีธัญญา วิธีการประเมินประวัติการเจ็บป่วยทางกายตามรายการตัวบ่งชี้ วิธีการให้คะแนน

มิติที่ 2 การเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้การเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยสัญญาณชีพสำคัญ 5 ด้าน คือ 1) ความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว (Systolic Blood pressure) 2) ชีพจร (Pulse) 3) อัตราการหายใจ (Respiratory rate) 4) อุณหภูมิ (Temperature) และ 5) การประเมินสัญญาณเตือนทางระบบประสาท AVPU : Alert : Voice : Pain: Unconscious) วิธีการประเมินการเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางกายในผู้ป่วยจิตเวช วิธีการให้คะแนน และการตัดสินใจใช้แนวปฏิบัติเมื่อพบความเสี่ยงในแต่ละระดับ

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางกายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือสามารถตรวจจับสัญญาณก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยปลอดภัยและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤตของชีวิตได้ทันเวลาที่ ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และของโรงพยาบาล และไม่มีผลกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

พยาบาลมีแนวทางการประเมินภาวะทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ด้วยแบบประเมินดังกล่าว ทำให้มีความสะดวกคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

วันนอนของผู้ป่วยลดลง

ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล

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

ลงชื่อ อารียา เตชไพสิฐพงศ์ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางอารียา เตชไพสิฐพงศ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางสาวรุ่งทิวา เกิดแสง)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้