

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปราณีต ชุ่มพุทรา

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล)

ระดับ ข้าราชการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1468 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด โดยจากทั่วโลกมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 26 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้ โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา และ 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อบุคคลพบว่าส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง และความพิการขึ้น มีความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน พร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานเป็นตราบาสำหรับครอบครัว ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อน ที่ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ส่วนผลกระทบต่อสังคมและชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ชุมชนจะรู้สึกรังเกียจและกลัว เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย จนกลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน มักพบมีความเสี่ยงในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลทำให้อาการทางจิตรวมถึงการทำหน้าที่ทางสังคมแย่ลง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุทธิชัย, 2558; วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลลาส, 2558) ถ้าไม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่องเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง

ความสอดคล้องกับข้อมูลการติดตามตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตราบาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดของ Wahl (1999) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และอรรณณ วรณชาติ (สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนนเกษร, 2557) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาด้านการถูกตีตรา การถูกแบ่งแยกและการรับรู้ตราบาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์, 2562) เมื่อทำการทบทวน

แฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 10 แฟ้ม พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน มักไม่กินยา ไม่ดูแลตัวเอง ทำงานไม่ได้ดังเดิม มีปัญหาการสื่อสารกับคนในครอบครัว รู้สึกเบื่อหน่ายการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย และคับข้องใจที่ถูกญาติบอกแต่เรื่องกินยา จึงมีปฏิกิริยาโต้ตอบด้วยการไม่สนใจรับฟัง ออกเที่ยวนอกบ้านใช้สุรา และเครื่องดื่มชูกำลัง ส่งผลให้ญาติ/ผู้ดูแลมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยในทางลบ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างชัดเจนทั้งในด้านเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิต และการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการประกอบอาชีพหรือการทำงาน (Smith and Ford, 1990) ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้นได้นั้น ต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและยอมรับต่อสภาพปัญหาดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ นับเป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการให้เกิดรูปธรรมในทางปฏิบัติ

หลักการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน ต้องเน้นการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ซึ่งในปัจจุบันนิยมนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery Model) มาใช้ในการดูแล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้ โดยที่สามารถบรรลุเป้าหมายอื่นได้ในชีวิต (Slade, Amering, and Oades, 2008; Kaewprom, 2011) ซึ่งแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะด้านการบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) เชื่อว่า การฟื้นคืนสู่สุขภาวะเปรียบเสมือนการเดินทางที่ยาวไกลของชีวิตมนุษย์ ตลอดทั้งเส้นทางมีทั้งความเจริญงอกงาม เติบโต เรียนรู้ มีความยืดหยุ่น การจัดการกับความพ่ายแพ้และเฉลิมฉลองกับความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะคืนสู่สุขภาวะได้ จำเป็นต้องทบทวนและทำความเข้าใจในอัตลักษณ์แห่งตนในด้านบวก มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต พยายามเข้าสู่สังคม เสริมสร้างพลังใจให้ตนเองด้วยการนำจุดแข็งของตนมาใช้ในการจัดการปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้แหล่งสนับสนุน ผลจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการยังพบแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สุขภาวะที่อธิบายไว้ว่า การดูแลที่เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิตมากกว่าการเป็นผู้ป่วย โดยเสริมสร้างพลังใจให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเพื่อน มีส่วนร่วม ตัดสินใจมีศักยภาพ กลับสู่ชุมชนตามวิถีทางที่ควรเป็น (Farkas, 2011) จากการศึกษาของ Allott, Loganathan, and Fulford (2002) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชอาการทุเลาลงหรือดีขึ้น ในประเทศเยอรมนีร้อยละ 11.0 ประเทศญี่ปุ่นร้อยละ 40.0 ประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 25.2 - 49.4 ซึ่งให้เห็นว่าแนวคิดของการคืนสู่สุขภาวะ (WHO, 2017; Farkas, 2011) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีเป้าหมาย สามารถตัดสินใจด้วยตนเองและมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการกำหนดแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ เน้นการจ้างงาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต สามารถปฏิบัติหน้าที่ ประกอบอาชีพ และอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคมอย่างมีคุณค่า (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559)

อย่างไรก็ตาม การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาจึงจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ จากการทบทวนข้อมูลทางวิชาการ พบว่า ในการกำกับตนเองนั้นเป็นการที่บุคคลจะเกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ต้องกำกับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ การบำบัดด้วยการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้กระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจากบุคคลจะเกิดกระบวนการในการสังเกตตนเอง (self-observation) เพื่อให้ได้เห็นตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือพฤติกรรมที่เคยกระทำมา รวมทั้งความสามารถและแรงจูงใจของตนเองที่ผ่านมาชัดเจนขึ้น เมื่อได้ทบทวนในพฤติกรรมของตนเองและเห็นถึงพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองแล้ว จึงจะสามารถกำหนดพฤติกรรมอันเป็นเป้าหมายใหม่และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ โดยจะมีการตั้งเป้าหมายหรือกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องกระทำอย่างชัดเจน และยังเป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมิน และเปรียบเทียบพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง โดยมีวิธีการ การเตือนตนเอง ด้วยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ เมื่อบุคคลได้สำรวจพฤติกรรมของตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถมองเห็นตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อมีข้อมูลก็จะสามารถนำเอาข้อมูลไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยบุคคลจะเริ่มตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรกับพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) การตัดสินใจจะเป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการกระทำกับเป้าหมายที่บุคคลจะตั้งมาตรฐานสำหรับเกณฑ์การตัดสินใจพฤติกรรม เมื่อตัดสินใจลงมือกระทำต่อสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้แล้ว โดยมีการเรียนรู้ความรู้และทักษะใหม่เพื่อเสริมความสามารถที่พร้อมไป ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้ เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้อาจจะลงโทษตนเองมีปฏิกิริยาทางด้านลบนั้นแสดงถึงกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ซึ่งการกำกับตนเองจะช่วยส่งเสริมการปรับพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจและความสามารถตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery Model) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) และทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura, 1991) นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่การเข้าใจ ยอมรับและการนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการคืนสู่สภาวะของฟาร์กัส (Farkas, 2011) รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถดูแลตนเอง รับผิดชอบในการรับประทานยาได้ต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมสาระสำคัญ 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการสังเกตตัวเอง (Self-observation) มี 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้จักและเข้าใจตนเอง 2) ความหวังและเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 3) การเสริมสร้างพลังตนเอง 4) แผนรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5) รู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 6) การจัดการกับอารมณ์ 7) ทักษะทางสังคมพื้นฐาน 8) การเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนการฟื้นหายด้านสุขภาพจิตของ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คาดว่าผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measure design)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย (ประชากร กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการศึกษา สถานที่)

ประชากร

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช (ICD-10) มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี มีประวัติรับประทานยาทางจิต อย่างน้อย 1 ปี การรักษแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยกึ่งและหอพวงชมพู กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนด Statistical Test เป็น T-Test แบบ one tail กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.7 (Färdig, Lewander, Melin, Folke, and Fredriksson, 2011; Kern, Glynn, Horan, & Marder, 2009; ตรีน พงศธรสกุล และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ของจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบผลของโปรแกรมจำนวน 62 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ได้ 62 คน ทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากให้เป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ คือ ผู้ป่วยชายหอผู้ป่วยกึ่ง

จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มีอยู่ของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยชายหอบหืด
จำนวน 31 คน

ระยะเวลาการวิจัย และสถานที่

ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 - 31 ธันวาคม 2566 ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองฯ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม มีรายละเอียดของโปรแกรมฯ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการสังเกตตัวเอง (Self-observation)

กิจกรรมที่ 1 รู้จักและเข้าใจตนเอง การมุ่งเน้นการเป็นบุคคล เพื่อให้รู้จักและเข้าใจตนเอง ผ่านกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมให้เกิดความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ทศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยภายใต้มุมมองชีวิต

กิจกรรมที่ 2 ความหวังและเป้าหมาย กิจกรรมมุ่งเน้นการเข้าใจปฏิกิริยาทางจิตใจของคนที่มีการเจ็บป่วยทางจิต แลกเปลี่ยนประสบการณ์การตีตราตนเองจนยอมรับการเจ็บป่วยไม่ได้ เรียนรู้และปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตมาเป็นการสร้างความหวังและกำหนดเป้าหมายในการคืนสู่สภาวะของตนเอง โดยกำหนดเป็นแผนการดูแลสุขภาพดีส่วนบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)

กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือวิกฤตกับการเปลี่ยนแปลง กล่าวถึง การดูแลตนเองและการจัดการปัจจัยเสี่ยง การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ผ่านมา ทั้งอุปสรรคและความสำเร็จ มุ่งเน้นการดูแลตัวเองและการจัดการปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การจัดการอาการทางจิต การจัดการด้านยา ปัญหาสุราและสารเสพติด และการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างพลังอำนาจตนเอง เข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและภาวะหมดพลังของตน วิธีการเสริมสร้างพลังโดยเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนและแรงจูงใจเชิงบวกมีพลังนำไปสู่การใช้จุดแข็งเข้มแข็งควบคุมกำกับและรับผิดชอบชีวิตของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

กิจกรรมที่ 5 รู้จักและใช้แหล่งสนับสนุน มุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมพื้นฐานการเข้าสู่สังคม รู้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งช่วยเหลือ เรียนรู้ทักษะการขอความช่วยเหลือและการปรับตัวเพื่อได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

กิจกรรมที่ 6 การจัดการอารมณ์และความเครียด มุ่งเน้นการเข้าใจอารมณ์ตนเอง ฝึกการควบคุมอารมณ์

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาทักษะทางสังคม มุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมพื้นฐาน การสื่อสาร และแสดงออกทางพฤติกรรมเหมาะสม

กิจกรรมที่ 8 การเตรียมความพร้อมสู่ชุมชน ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการพร้อมกลับสู่ชุมชน โดยทบทวนแผนการดูแลสุขภาพดีส่วนบุคคลให้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วย และอาศัยร่วมอยู่ในชุมชนได้อย่างเต็มความสามารถ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นแบบวัดความร่วมมือในการรักษาตามแนวคิดของ Farragher (Farragher, 1999 อ้างถึงในพรทิพย์ วชิรดิกล และคณะ, 2549) และ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด ความสามารถในการสังเกตอาการ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยมีค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 และได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.82

3) แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย (Thai Mental Health Recovery Measure: Thai-MHRM) พัฒนาจากแนวคิดของ Young and Ensing แบ่งการฟื้นฟูไว้ 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการหลุดพ้นจากความรู้สึกว่าตนเองติดอยู่กับภาวะเจ็บป่วย 2) ด้านการรู้จักเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเอง 3) ด้านความสามารถเรียนรู้และนิยามตนเองขึ้นใหม่ 4) ด้านความสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต 5) ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม 6) ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ให้ตนเอง 7) ด้านศรัทธาทางจิตวิญญาณ และ 8) ด้านการสนับสนุน/เพิ่มคุณค่าจากสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชาย หอพวงชมพู เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และในระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต

2. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชาย หอชัยพฤกษ์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสู่สุขภาวะร่วมกับการกำกับตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาเก็บข้อมูลความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และในระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบวัด นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการฟื้นหายด้านสุขภาพจิต 8 ด้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t –test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองฯ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependence t-test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะร่วมกับการกำกับตนเองฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independence t-test)

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลงานอยู่ระหว่างดำเนินการ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลงานอยู่ระหว่างดำเนินการ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผลงานอยู่ระหว่างดำเนินการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผลงานอยู่ระหว่างดำเนินการ

9) ข้อเสนอแนะ

ผลงานอยู่ระหว่างดำเนินการ

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวาสนา จินากลิ่ง	5	วาสนา จินากลิ่ง
นางชนิษฐา ชุ่มสุข	5	ชนิษฐา
นางธัญญพัฒน์ สระบุรี	5	ธัญญพัฒน์
น.ต.หญิงปริมประภา มากชุมแสง	5	พ.ต.หญิง ปริม

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปราณีต ชุ่มพุทรา

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 1468 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการเสริมสร้างทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2) หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดที่ก่อความรุนแรง เนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย เฉพาะ ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช จึงเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการและเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างอิสระ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและทำให้บุคคลนั้นได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ พยายามลดความบกพร่องความไร้สมรรถภาพ ความเสียเปรียบให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะครอบคลุมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโดยมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ให้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถแสดงออกด้านอารมณ์การเคลื่อนไหวของร่างกาย การวางตัวในสังคม สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน และสามารถพึ่งพิงตนเองหาเลี้ยงชีพได้ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจึงเริ่มต้นได้ตั้งแต่รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านสู่ชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างสมบูรณ์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต และการทำบทบาทหน้าที่สืบเนื่องจากโรคที่เป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) มีองค์ประกอบพื้นฐาน 10 ประการคือ 1) self-direction มีอิสระในการตัดสินใจเลือกจุดมุ่งหมายในชีวิต และออกแบบเส้นทางเดินเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์เหล่านั้น 2) individualized and person-centered มีการวางแผนเป็นรายบุคคล โดยขึ้นอยู่กับจุดเด่น ความต้องการ ความชอบ ประสบการณ์และพื้นฐานทางวัฒนธรรม 3) empowerment เสริมพลังชีวิตให้สามารถเลือกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิต สามารถควบคุมเส้นทางชีวิตเองได้ 4) holistic บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทุกด้านของชีวิต การดูแลในหน่วยงานให้ความสำคัญทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีสิทธิ์บอกความต้องการและให้ความสำคัญในคุณค่า ความเชื่อ 5) nonlinear เป็นกระบวนการที่มีพื้นฐานจากการเจริญเติบโต และการเรียนรู้จากประสบการณ์

ไม่จำเป็นต้องตามลำดับขั้นตอน 6) strength-based เริ่มจากการนำจุดเด่นและความสามารถที่มีอยู่มาใช้ก่อน แล้วจึงก้าวไปข้างหน้า ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะการให้การสนับสนุนและการให้ความเชื่อถือกัน 7) peer-support บุคคลที่มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยทางจิต มีบทบาทสำคัญที่จะกระตุ้นให้กำลังใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน 8) respect เคารพและให้เกียรติกัน ยอมรับและชื่นชม รวมทั้งปกป้องสิทธิส่วนบุคคลและลดการถูกกีดกัน 9) responsibility บุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบเรื่องการดูแลตนเองและก้าวไปสู่การฟื้นคืนสู่สภาวะ การฝึกทักษะพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง 10) hope ความหวัง คือจุดเริ่มต้นของการฟื้นคืนสู่สภาวะ

ซึ่งบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับ ตติยภูมิ (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560) เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้หาย หรือทุเลาขึ้น จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ สามารถช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระต่อสังคม ลดการป่วยกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำอีก ป้องกันปัญหาระยะยาวและป้องกันความเสื่อมสภาพ หรือความพิการอันเป็น ผลจากการเจ็บป่วยที่มีอยู่ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลผู้ให้การพยาบาลจึงต้อง มีความเข้าใจแนวคิด กระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ จากแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery Model) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) และแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะของฟาร์กัส (Farkas, 2011) ได้กล่าวถึง การดูแลตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะ ว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถ รับมือและปรับตัวกับผลกระทบทางลบจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุขตามอัตภาพ เป็นการให้บริการอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปใช้โดยการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่าง ผู้บำบัดกับผู้ที่ต้องการคืนสู่สภาวะ และสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการตัดสินใจและเลือกด้วย ตนเอง เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิต โดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อน มีส่วนร่วม มีการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อาริยา เตชไพสิฐพงศ์และ ปภาจิต บุตรสุวรรณ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้ป่วยจิตเภท พบว่า โปรแกรม การฟื้นคืนสู่สภาวะต่อความหวังและคุณภาพชีวิตของผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช มี 2 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมที่ ดำเนินการโดยบุคลากร และ 2) โปรแกรมที่ดำเนินการโดยบุคคลผู้อยู่กับโรคทางจิตเวช โปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิผลช่วยส่งเสริมความหวัง แต่ประสิทธิผลของทั้งสองรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตยังไม่ชัดเจน ส่วนการศึกษาของดริณ พงศธรสกุลและเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและได้จัดทำโครงการเสริมสร้างทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนสู่ สภาวะ (recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้น เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการฟื้นคืนสู่ สภาวะมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อเนื่อง เกิดความหวัง ความร่วมมือ ในการรักษา สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และลดการกลับเป็นซ้ำในที่สุด

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด โดยจากทั่วโลกมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ถึง 26 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทย พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และมีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้ โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา และ 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือจะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อบุคคลพบว่าส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทโดยก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง และความพิการขึ้น มีความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน พร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาปสำหรับครอบครัว ส่วนผลกระทบต่อสังคมและชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ชุมชนจะรู้สึกรังเกียจและกลัว เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย และยังมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย จนกลายเป็นความรังเกียจ ปิดกั้นโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลทำให้มีอาการทางจิตรวมถึงการทำหน้าที่ทางสังคมแย่ลง (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558; วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวน ธาณี และจิณห์จุฑาทิ ชัยเสนา ดาลาส, 2558) ถ้าไม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง

ซึ่งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาการปฏิรูประบบสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงการบริการอย่างต่อเนื่อง จากรูปแบบเดิมที่เน้นการบริการรูปแบบทางการแพทย์ (medical model) มาเป็นการบริการเพื่อฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery oriented service: ROS) การบริการเพื่อฟื้นคืนสู่สุขภาพ เป็นการจัดบริการสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช โดยใช้รูปแบบการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery model) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้จึงระบุไว้เป็นหนึ่งในหลักการพื้นฐานในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (WHO, 2013) การฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลที่อยู่กับโรคทางจิตเวชไม่ใช่แค่การหายดี แต่เป็นกระบวนการให้ความหมายของชีวิตใหม่ (Anthony, 1993) การตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนเองทั้งที่มี ข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

แนวความคิด

สมรรถนะพยาบาลจิตเวช หมายถึง ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม สติปัญญาและพัฒนาการ โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่น ๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันมาเป็นข้อมูลสนับสนุนอย่างมีหลักการในการคิดวางแผนกระบวนการพยาบาลในมิติต่าง ๆ แก่ผู้ใช้บริการโดยสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามความรุนแรงของอาการ (พจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต. 2556; ราชกิจจานุเบกษา. 2552) ซึ่งจะอธิบายถึงคุณลักษณะหรือสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล จำแนกเป็นสมรรถนะหลักได้ 7 ด้าน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตเวชอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุม 4 มิติของการพยาบาล ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย

การรักษาทางจิตสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับมา Kern และคณะ (2008) ได้ทบทวนการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาทางจิตสังคมที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท สรุปได้ดังนี้ a) social skill training มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง และ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ b) cognitive behavioral therapy มีเป้าหมาย เพื่อรักษาอาการหลงผิดประสาทหลอน ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคจิต ซึ่งอาการเหล่านั้น ยังคงรบกวนผู้ป่วยมากจนไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ c) cognitive remediation มีเป้าหมายเพื่อช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางความคิด เช่น สมาธิ ความจำ ความสามารถในการ แก้ปัญหาและการใช้เหตุผลของผู้ป่วย d) social cognition training มีเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านความคิด ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งความบกพร่องนี้ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) affect perception หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ที่ผู้อื่นแสดงออกทาง สีหน้าและน้ำเสียง 2) social perception หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจนัยยะทางสังคมที่แสดงออกมาจากท่าทาง การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communicative gestures) และข้อมูลที่มีความหมายตามบริบทที่แตกต่างกันไป (contextual information) 3) attributional style หมายถึง อคติของบุคคลในการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ด้านบวกและด้านลบ ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชีวิตของแต่ละคน 4) theory of mind หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจว่าคนอื่นมีภาวะจิตใจที่แตกต่างจากภาวะจิตใจของตัวเอง

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery) สร้างขึ้นจากแบบจำลองของ Young & Ensing (1999) ครอบคลุมองค์ประกอบของการฟื้นคืนสู่สุขภาพ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง ด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง ด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ ด้านจิตวิญญาณ และด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ์ซึ่งการฟื้นคืนสู่สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย (overcoming stuckness) เป็นระยะของการรับรู้และการยอมรับการเจ็บป่วย การมีความปรารถนาและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง และการค้นหา หรือมีแหล่ง ความหวังและแรงบันดาลใจ ระยะที่ 2 การฟื้นสิ่งที่หายไปและก้าวไปข้างหน้า (regaining what was lost and moving forward) เป็นระยะของการค้นหาและการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง การเรียนรู้และการผูกโยงตนเองกับค่านิยมใหม่ของตนเอง และการกลับสู่การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ระยะที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิต (improving quality of life) เป็นระยะของการสร้าง เสริมความเป็นอยู่ที่ดีและการบรรลุศักยภาพในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่มากขึ้น (Young & Bullock, 2003) ซึ่งแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) และแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพของฟาร์กัส (Farkas, 2011) กล่าวถึง การดูแลตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถรับมือและปรับตัวกับผลกระทบทางลบจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขตามอัตภาพ เป็นการให้บริการอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปใช้โดยการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ที่ต้องการคืนสู่สุขภาพ และสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการตัดสินใจและเลือกด้วยตนเอง เน้นคุณค่าความเป็นบุคคลให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของชีวิต โดยการเสริมพลังบุคคลให้ดำเนินชีวิตอยู่ตามที่ควรเป็น มีเป้าหมาย มีเพื่อน มีส่วนร่วม มีการตัดสินใจที่เหมาะสม

ข้อเสนอ

โครงการเสริมสร้างทักษะพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีการวางแผนขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความหลากหลายในการปฏิบัติและทักษะประสบการณ์ของพยาบาลในการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเวชแตกต่างกัน โดยรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลระดับปฏิบัติการจากทุกตึก จำนวน 15-20 คน และประชุมกลุ่มย่อยเกี่ยวกับสถานการณ์ในการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง และการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเวช

2. วิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติและทักษะของพยาบาลการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเวช ช่องว่างที่พบด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เตรียมเนื้อหาเพื่อเป็นองค์ความรู้ ประเด็นการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเวช

3. เขียนโครงการและขออนุญาตผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะพยาบาลการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจหัวหน้าหอทุกหอเพื่อประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้เวลา 1 วันในการให้ความรู้ และติดตามการปฏิบัติการเป็นระยะจำนวน 3 ครั้ง ในเดือนที่ 1, 3 และ 6

5. ประชุมเพื่อติดตามผลการปฏิบัติการในเดือนที่ 6 โดยประเมินจากความรู้ ความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการประชุมปรึกษาและจากกรณีศึกษา

6. ประเมินผลสำเร็จของโครงการจากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เพิ่มขึ้น ทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดรักษาและปฏิบัติการพยาบาลที่เปลี่ยนไป และทักษะการพยาบาลด้านการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) ผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้น

7. ประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับเป็นซ้ำ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการฟื้นคืนสู่สภาวะ และได้รับการพยาบาลตรงตามสภาพปัญหา
2. พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น และสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นได้

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมมีความรู้ในการบำบัดด้วยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะเพิ่มขึ้น เป้าหมาย ร้อยละ 80
2. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมมีทักษะในการบำบัดด้วยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะเพิ่มขึ้น เป้าหมาย ร้อยละ 80
3. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมมีความพึงพอใจต่อการบำบัดด้วยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป้าหมาย ร้อยละ 80

4. ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน เป้าหมาย ร้อยละ 90
5. อัตราการมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด $\geq 80\%$

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

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวปราณีต ชุ่มพุทธา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นางกัสดาล จิโรไพรพงศ์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 31 พ.ค. 2566

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นายมงคล ศิริเทพทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

วันที่ 31 พ.ค. 2566

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้