



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวชนิษฐา ปราบหนองบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ


ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายเชวงศักดิ์ พลเยี่ยม)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวชนิษฐา ปราบหนองบัว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๘๒๓๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๘๒๓๙	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๔” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”
						 (นายบรากร สุทธิประภา) อดีตรองผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ครอบครัวบุคคล

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน : กรณีศึกษา พ.ศ. 2564
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2564 – 17 กันยายน พ.ศ. 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภทหรือโรคจิตเวชเรื้อรัง หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ

### พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิดโรคจิตเภท

เกิดจากการมีระดับ DA สูงผิดปกติที่ mesolimbic tract ส่งผลให้เกิดอาการด้านบวกของโรคจิตเภท เช่น หลงผิด และประสาทหลอน ในขณะที่มีการหลั่ง DA ลดลงที่ mesocortical tract ส่งผลให้ เกิดอาการด้านลบและพฤติกรรมปัญหาบกพร่อง โดยการหลั่งของ DA ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะที่มีระดับ 5-HT สูงขึ้น

### อาการและอาการแสดง

#### 1) อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

1. อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น
2. อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย
3. การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่หัวข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น
4. พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น
5. พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

#### 2) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

1. อารมณ์ที่อ (blunted affect) และเฉยเมย
2. ความคิดอ่านและการพูดลดลง
3. ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ
4. ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

### 3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

1. ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง
2. ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง
3. ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือ ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

#### การรักษาโรคจิตเภท

1. การรักษาด้วยยา ยาจะช่วยปรับสารเคมีในสมองให้สมดุลและลดอาการหลงผิดและประสาทหลอนได้
  - ยามีทั้งยากิน ยาฉีด หลังอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงเหลือลักษณะบางอย่างที่ยังไม่เป็นปกติดังเดิม มีความจำเป็นต้องกินยานานเป็นปีหรือบางคนอาจจะต้องใช้ยาช่วยตลอดไป
  - ผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวแข็ง มือสั่น ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก แพ้แดดทำให้เกิดอาการไหม้ น้ำหนักตัวขึ้น ง่วงซึม
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า แพทย์จะใช้ในรายที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น หรือพฤติกรรมรุนแรง เพื่อปรับสารสื่อประสาทในสมองให้สมดุล
3. การทำจิตบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมตามปกติเร็วขึ้น ครอบครัวสามารถช่วยได้โดยการให้คำปรึกษาให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
4. การรักษาอื่นๆ

#### ทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวชเพื่ออธิบายการเจ็บป่วยทางจิต

##### 1. แนวคิดทางทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์

พบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตมาจากความผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง(Central Nervous system) การเจ็บป่วยทางจิต มีการดำเนินโรคเฉพาะเจาะจง

สาเหตุของความผิดปกติทางพฤติกรรมตามทัศนะของนักทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์พอสรุปสาเหตุได้ ดังนี้

- 1) เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาท
- 2) ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง
- 3) ความผิดปกติของพัฒนาการเซลล์ประสาท
- 4) พันธุกรรม
- 5) ความผิดปกติของการทำงานต่อมไร้ท่อ
- 6) ความเครียดเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันที่ลดต่ำลง (Psychoneuroimmunology)
- 7) ความผิดปกติของจังหวะของระบบทางชีวภาพ ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสิ่งมีชีวิต

##### 2. แนวคิดทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ซึ่งเป็นทฤษฎีให้ความสำคัญของกระบวนการของจิตให้สำนึก ซึ่งเป็นจิตใจส่วนใหญ่ที่เก็บจำประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่างๆในกระบวนการพัฒนาการของจิต และอธิบายว่าผู้ที่เสพติดสุราหรือสารเสพติดอื่นๆนั้น เป็นผู้ที่มีความบกพร่องของการพัฒนาการ ทำให้ความต้องการพึ่งพาผู้อื่น(dependency need) ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างพอเพียง พัฒนาการทางจิตใจอารมณ์ไม่ก้าวหน้า และหยุดชะงักอยู่ที่ระดับความสุขทางปาก(oral phase of development)

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

การที่วุฒิภาวะทางอารมณ์ไม่พัฒนา จึงทำให้กลายเป็นคนหมกมุ่นอยู่กับตนเอง รักตนเอง หลงตนเอง (narcissistic preoccupation) เป็นคนเอาแต่ใจตนเอง ตามใจตนเองอย่างไม่มีขอบเขต (self indulgence) และมีความเชื่อผิดๆ ในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การเสพสุราหรือยาเสพติดทำให้บุคคลนั้นๆ คงอยู่ในภาวะ ไม่ต้องรับผิดชอบ และไม่ต้องดิ้นรนไปสู่ภาวะการรับผิดชอบอื่นๆ เช่นที่คนมีพัฒนาการสนองตอบความต้องการพึ่งพาผู้อื่น เมื่อมีบุคคลอื่นมารับผิดชอบตัวของเขา ในขณะที่อยู่ในภาวะไร้สติสัมปะชัญญะจากพิษของสุราหรือพิษของสารเสพติด เรื่องการสนองตอบความต้องการของตน ผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สมบูรณ์จะเห็นว่าการสนองตอบความต้องการส่วนตัวเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของบุคคล แต่สำหรับผู้ที่พัฒนาการบกพร่องจะเห็นว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องควรจะเป็นผู้รับผิดชอบในความต้องการไม่สิ้นสุดของเขาและเขาก็จะไม่ได้รับตามที่เขาต้องการ ทำให้เขารู้สึกผิดหวัง ประกอบกับลักษณะการทนต่อความไม่สมหวังได้น้อยทำให้เขายึดสุราหรือสารเสพติด

กลไกการเกิดปัญหาทางจิตตามแนวคิดทฤษฎี 4 ปัจจัย (4 P's) 1. Predisposing factors คือ ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อนป่วย 2. Precipitating factors คือ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ 3. Perpetuating factors คือ ปัจจัยที่เสริมให้อาการไม่หาย 4. Protective factors คือ ปัจจัยปกป้องให้บุคคลปรับตัวอย่างเหมาะสม

### ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช

ปัจจัยด้านชีวภาพ : พันธุกรรม ชีวเคมี พยาธิสภาพ การกระทบกระเทือนทางสมอง

ปัจจัยด้านจิตใจ : ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ : ความผิดปกติด้านจิตใจมีสาเหตุมาจากประสบการณ์ในอดีต เกิดความขัดแย้งระหว่าง Id กับ Ego ใน ระดับจิตไร้สำนึก หรือการเกิด fixation ใน psychosexual development และการใช้กลไกทางจิตในการเผชิญความวิตกกังวล

: ทฤษฎีปัญญานิยม : ความคิดที่ไม่เหมาะสม บิดเบือนไปจากความเป็นจริงจะทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้

: ทฤษฎีการเรียนรู้ : พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ที่ผิด

ปัจจัยด้านสังคม : ครอบครัวที่มีความขัดแย้งสูง (High Expressed Emotion : HEE), การไม่มีแหล่งสนับสนุน, การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว

### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคทางจิตเวช เป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าต่างๆ ของบุคคลที่เจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคมและประเทศชาติ ต่อผู้ป่วยพบว่ามีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด และอารมณ์ โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ปัจจุบันทั่วโลก มีผู้ป่วยจิตเภท ๒๖ ล้านคน โดยกว่าร้อยละ ๙๐ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการบำบัดรักษา

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยคาดว่าผู้ป่วยโรคนี้นี้มากกว่า ๔ แสนราย แต่ผู้เจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคม และประเทศชาติ ต่อผู้ป่วยพบว่ามีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด และอารมณ์ โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดปัจจุบันทั่วโลก มีผู้ป่วยจิตเภท ๒๖ ล้านคน โดยกว่าร้อยละ ๙๐ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการบำบัดรักษา

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคนี้นี้มากกว่า ๔ แสนราย แต่ผู้เข้าถึงการรักษาเพียง ๖๐% (เจษฎา โชคดำรงสุข ,๒๕๕๙) ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสนประชากร ค่อนข้างสูง จากข้อมูลแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ งบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓ คิดเป็น ๖.๓๕, ๖.๐๓, ๖.๓๒ และ ๖.๖๔ : แสนประชากร ตามลำดับ

โรคจิต จัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ โดยภาวะผิดปกติที่สำคัญคือ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเวชเรื้อรัง จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ต้องได้รับการรักษาและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถมีชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงได้ทำการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยให้การพยาบาล 1 ราย
2. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญและแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
3. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การดำเนินชีวิตโดยรวบรวมจากประวัติผู้ป่วย และจากการซักถามญาติ และศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจร่างกาย และแผนการรักษาของแพทย์
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
6. ปฏิบัติการรักษาพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
8. จัดพิมพ์และเรียบเรียงผลงานที่ศึกษา
9. เสนอผลงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
10. ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
11. จัดทำผลงานเป็นรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

### 5. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทยวัยทำงานอายุ 28 ปี สถานภาพโสด สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน ผิวเข้ม อาศัยอยู่กับยายและหลานสาวรวม 3 คน ได้รับประสานงานจากเจ้าหน้าที่รพ.สต. และสภ.ทุ่งเขาหลวง พบผู้ป่วยเอะอะ โวยวาย ทำร้ายร่างกายตนเองโดยการชกตัวเอง เอาหัวโขกพื้นและทำลายข้าวในบ้านและของเพื่อนบ้าน ร่วมมีอาการหูแว่ว/เห็นภาพหลอน เป็นมา 3 วัน ร่วมกับขาดยาจิตเวช 3 เดือน

อาการแรกเริ่มขณะออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล เก็บตัวในห้องพัก ไม่ยอมออกมาพบเจ้าหน้าที่ บอกว่า จะมีคนมาทำร้าย ใช้เวลาพูดคุยสักพัก จึงยอมออกมาพบ มีอาการหงุดหงิด เอะอะโวยวาย ตาขวาง ไม่ยอมร่วมมือที่จะรักษา พยาบาลพยายามพูดคุย สร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงยินยอมรับการรักษา โดยแพทย์พิจารณาให้ Haloperidol (5mg) 1 amp muscle , Fluphenazine (25mg) 1 amp muscle และ Diazepam (10 mg) 1 amp vein หลังฉีดอธิบายอาการข้างเคียงจากยา แนะนำให้ญาติสังเกตอาการผิดปกติหลังทานยาและวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วย เดือนละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 5 เดือน และส่งต่อให้รพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง

#### ครั้งที่ 1 (7 มิถุนายน 2564)

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชนและอส. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล เก็บตัวในห้องพัก ไม่ยอมออกมาพบเจ้าหน้าที่ บอกว่า จะมีคนมาทำร้าย ใช้เวลาพูดคุยสักพัก จึงยอมออกมาพบ มีอาการหงุดหงิด เอะอะโวยวาย ตาขวาง ไม่ยอมร่วมมือที่จะรักษา พยาบาลพยายามพูดคุย สร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงยินยอมรับการรักษา โดยแพทย์พิจารณาให้ Haloperidol (5mg) 1 amp muscle , Fluphenazine (25mg) 1 amp muscle และ Diazepam (10 mg) 1 amp vein หลังฉีดอธิบายอาการข้างเคียง แนะนำให้ญาติสังเกตอาการผิดปกติหลังทานยา และวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งต่อไป

#### ครั้งที่ 2 (17 กรกฎาคม 2564)

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมแม่ข่ายรพ.ร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่ตำรวจ และอส. และผู้นำชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม ยังหวาดระแวง พูดคนเดียว เก็บตัว ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน กลางคืนไม่นอน ทานยาไม่สม่ำเสมอ ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีเอะอะโวยวาย อาละวาด ถ้ายายพูดหรือทำอะไรที่ไม่ถูกใจ ไม่มีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองและทำลายข้าวของแล้ว ทำกิจวัตรประจำวันได้เองต้องกระตุ้น ทำงานรับจ้างได้เป็นบางวัน ยังมีดื่มสุราและสูบบุหรี่ โดยแพทย์พิจารณาให้ Haloperidol (5mg) 1 amp muscle , Fluphenazine (25mg) 1 amp muscle และ Diazepam (10 mg) 1 amp vein หลังฉีดอธิบายอาการข้างเคียงจากยา แนะนำให้ญาติสังเกตอาการผิดปกติหลังทานยา และวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งต่อไป

ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

ครั้งที่ 3 (21 สิงหาคม 2564)

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม พุดคุยรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการสนทนา ออกมาพบปะผู้คนมากขึ้น ไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กิจวัตรทำได้เองร่วมมือดี ผู้ป่วยเริ่มรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง สามารถทำงานรับจ้างมีรายได้มาช่วยเหลือในครอบครัว ทานยาสม่ำเสมอ ยังดื่มสุราและสูบบุหรี่อยู่ ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด

ครั้งที่ 4 (1 กันยายน 2564)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าสดชื่น ถามตอบตรงคำถาม พุดคุยรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการสนทนา นอนหลับพักผ่อน ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทานยาสม่ำเสมอ ทำกิจวัตรทำได้เอง ทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และวางแผนสิ้นสุดสัมพันธภาพและแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด

ครั้งที่ 5 (17 กันยายน 2564)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม พุดคุยรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการสนทนา ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือหวาดระแวง ไม่มีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น นอนหลับพักผ่อนได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ทานยาสม่ำเสมอ ไปฉีดยาที่รพ.สต. ทุกเดือนตามนัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ แนะนำการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติ แนวทางการช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉินส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.รับทราบ ลงเยี่ยมต่อเนื่องและแนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังนี้ คือ

- ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากหิวแหว่
- ปัญหาที่ 3 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย
- ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- ปัญหาที่ 5 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย
- ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค



## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

ปัญหาทุกปัญหาได้รับการแก้ไข โดยพยาบาลได้ให้การพยาบาล คือ ติดตามลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อติดตามลงเยี่ยมทุกเดือน ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ และแนะนำช่องทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน 2564 ถึง 17 กันยายน 2564 จำนวน 5 ครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบตรงคำถาม สีหน้าสดชื่นไม่มีอาการหงุดหงิด รับประทานอาหารทางจิตของตนเอง รับทราบความจำเป็นในการฉีดยาทุกเดือน ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี มีความเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมที่จะปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง ผู้ศึกษาได้เตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยให้คำปรึกษา และคำแนะนำตามหลัก D-M-E-T-H-O-D MODEL ในเรื่องต่อไปนี้

### 1. D (Disease)

1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุการเจ็บป่วย เนื่องจากโรคจิตเภทเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท จึงมีความจำเป็นต้องต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามคำแนะนำ จะทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข

1.2 แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ มีหูแว่วเห็นภาพหลอน ควรรีบบอกให้ญาติทราบ และรีบมาพบแพทย์

### 2. M (Medication)

2.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามขนาด เวลา ที่แพทย์สั่ง ถ้าลืมเมื่อนึกได้รับประทานทันที แต่ต้องห่างจากมื้อต่อไป 2 ชั่วโมง

2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งได้แก่

- Fluphenazine (25mg) 1 amp muscle ทุก 1 เดือน ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ เวียนศีรษะ ปากแห้ง ท้องผูก ท้องเสีย ง่วงซึม เบื่ออาหาร ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน และคัดจมูก เป็นต้น แต่หากพบผลข้างเคียงที่รุนแรงดังต่อไปนี้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

- Benzhexol 2 mg. 1 tab bid oral ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว

- Risperidone 2 mg 1 tab bid oral pc ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ ปากแห้ง ปวดหัว เจ็บคอ ท้องเสีย น้ำหนักขึ้นหรือ่วงซึม แต่หากพบผลข้างเคียงที่รุนแรงดังต่อไปนี้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

- Diazepam 5 mg 1 tab oral hs. ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ ง่วงซึม ปวดศีรษะ ตามัว มองเห็นภาพไม่ชัดเจน มองเห็นภาพซ้อน พูดอ้อแอ้ กลืนลำบาก เดินเซ กตการหายใจหรือหายใจผิดปกติ

- Lorazepam 0.5 mg 1 tab oral hs. ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ ซึม ง่วง เวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซได้ ขณะที่รับประทานยานี้ไม่ให้ขับชีรดหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

2.3 ไม่นำยาของตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน แม้จะมีอาการคล้ายกันเพราะอาจเกิดอันตรายได้

2.4 รับประทานยาแล้วมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือมีอาการกำเริบ ไม่เพิ่มยาเอง หรือง่วงนอนมาก รู้สึกไม่สบาย ไม่ลดยาหรือหยุดยาเอง ให้มาพบแพทย์เพื่อปรับยาในเวลาราชการ

### 3. E (Environment/Economic)

3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยหากิจกรรมอื่นทำในช่วงเวลาที่เคยดื่มสุรา เพื่อจะได้ไม่มีเวลว่าง ทำให้ไม่อยากดื่มสุรา

3.2 ถ้าพบผู้ดื่มสุรา แนะนำให้ผู้ป่วยเดินหนี แต่ถ้ามีผู้ชักชวนให้ดื่มให้รู้จักการปฏิเสธ แนะนำให้บอกว่าไม่สบาย หมอห้ามดื่มสุราเด็ดขาด ถ้าดื่มอีกจะทำให้อาการกำเริบ และรุนแรงกว่าเดิม

3.3 แนะนำเรื่องการทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ไม่ควรเคร่งเกินไป ไม่ตั้งเป้าหมายไว้สูงเกินไป และไม่ควรตำหนิหรือลงโทษตัวเอง ถ้าไม่สามารถทำได้ตามที่ต้องการ

3.4 ใช้เวลว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ร่วมกับครอบครัว

3.3 ด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรผู้พิการ สามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

### 4. T (Treatment)

4.1 ควรเลิกดื่มสุราอย่างเด็ดขาด ถ้ากลับไปดื่มสุราอีกจะทำให้อาการกำเริบ และรุนแรงกว่าเดิม

4.2 แนะนำให้ตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุราที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองที่ผ่านมา

4.3 แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะเลิกดื่มเพื่ออะไร และเพื่อใคร

4.4 แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุราทีละวัน ถ้าทำสำเร็จก็ให้ชื่นชมและให้กำลังใจตัวเองด้วย

4.5 ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น หงุดหงิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน หลังจากกลับไปดื่มสุราซ้ำให้รีบบอกญาติเพื่อพาไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาพบแพทย์ก่อนนัดในวันเวลาราชการ

### 5. H (Health)

5.1 แนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย

5.2 แนะนำการนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

5.3 แนะนำแหล่งที่จะขอรับความช่วยเหลือ ถ้ามีปัญหา หรือมีเรื่องเครียดไม่สบายใจ ให้ปรึกษาญาติที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เจ้าหน้าที่รพ.สต. หรือเจ้าหน้าที่รพ.

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

### 6. O (Outpatient Referral)

6.1 แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป ในวันเวลาราชการ เพื่อแพทย์จะได้ตรวจและปรับการรักษาที่เหมาะสม

6.2 ถ้าต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ก็ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการ/ประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้บ้านในชุมชนเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

6.3 แนะนำญาติเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ด้วยตัวเอง ให้ไปขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลชุมชน สถานีตำรวจ เพื่อช่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

6.4 แนะนำให้นำเอกสารบัตรทองที่ต้องนำมาติดต่อโรงพยาบาลทุกครั้ง เช่น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิบัตร บัตรประชาชน บัตรประจำตัวคนไข้ บัตรนัดรับยา หรือหนังสือส่งตัว

6.5 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และญาติว่าอาจจะมีบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบในพื้นที่ของผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้าน

6.6 แนะนำให้ผู้ป่วยไปตามนัดของโรงพยาบาลร้อยละ 1 ปี เพื่อติดตามอาการและทบทวนการรักษา

6.7 ให้ความรู้กับญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง

6.7.1 สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

6.7.2 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียง และการมารับยาตามนัด

6.7.3 การเป็นที่ปรึกษาทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่สบายใจ

6.8 นัดครอบครัวของผู้ป่วยมาเพื่อเข้าร่วมการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้าน

### 7. D (Diet)

7.1 แนะนำให้รับประทานอาหารที่สุก และมีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่

7.2 แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

7.3 แนะนำให้งดเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น M 100 , M150 บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด เพราะจะไปกระตุ้นทำให้อาการกำเริบได้และการรักษาไม่ได้ผลมีโอกาสกลับไปติดสุราซ้ำ

### 6. การนำผลงานไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. นำผลงานที่ได้ไปจัดประชุมวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนให้เกิดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

2. นำผลงานไปใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน หรือเผยแพร่ผู้สนใจศึกษาดูงาน หรือผู้สนใจทั่วไปในการศึกษาหาความรู้

## ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

### 7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคจิตเวชเรื้อรัง มีภาวะผิดปกติที่สำคัญคือ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิตเวชเรื้อรัง จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ต้องได้รับการรักษาและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถมีชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ดังนั้นหากผู้รักษาสถาบันสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมได้

### 8. ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับยายที่เป็นผู้สูงอายุที่สายตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน และมีโรคประจำตัว ผู้ป่วยจึงขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ และเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำเจ้าหน้าที่ทราบเรื่อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแล้ว ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลช่วยเหลือ

### 9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง
2. ควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เพราะต้องประเมินสภาพปัญหาให้ครบองค์รวม ให้คำแนะนำ

และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงจะช่วยแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนได้

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน มีหลักการสำคัญคือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ เมื่อไม่กำเริบซ้ำ ผู้ป่วยก็มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนทั่วไป

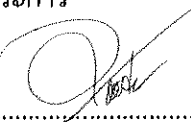
### 10. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มี

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นางสาวชนิษฐา ปราบหนองบัว สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

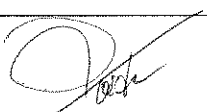
(ลงชื่อ) ..........ผู้ขอประเมิน

(นางสาวชนิษฐา ปราบหนองบัว)


ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ปฏิบัติการ

วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวชนิษฐา ปราบหนองบัว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..........

( นางสาวรัตนาภรณ์ บุญกิจ )

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ ..........

( นายชาญชัย วันทอง )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

### 1. เรื่อง “การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช”

#### 2. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทหรือโรคจิตเวชเรื้อรัง จัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ โดยภาวะผิดปกติที่สำคัญคือ อารมณ์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน และมักไม่มีการยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเวชเรื้อรัง จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7- 1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือ ขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับการรักษาก็พบว่าหลังจาก 18 สัปดาห์ผ่านไปมีแค่เพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่สามารถกินยาครบ ที่พบอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี มีถึงร้อยละ 30 ดังนั้นหากผู้รักษาสสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมและเปลี่ยนภาวะให้เป็นพลังของชาติ

ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ต้องได้รับการรักษาและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถมีชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

จากข้อมูลทางสถิติการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง 2562-2564 จำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.37 ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมด และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวงที่รับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.63 ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมด พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำที่ต้องได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.67 ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ คือ การขาดยา และขาดผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพราะผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายที่

จะดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

### 3. กรอบการวิเคราะห์ /แนวความคิด /ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### กรอบการวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการแสดงออกและด้อยความสามารถที่จะดูแลตนเอง จึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งบางครั้งต้องติดตามผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสิ่งคุกคามและเป็นอันตราย ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือความเครียดที่มาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสิ่งกระตุ้น ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลคือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันด้านทานอ่อนแอลง ผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกกังวลใจต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยรวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ถูกต้องเหมาะสม และยังมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำและพฤติกรรมผิดปกติ และการเจ็บป่วยทางจิตเวชทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคลในครอบครัวเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่มีทางช่วยและหมดหวัง

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงจำเป็นต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ที่มุ่งให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการกิจให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการกระทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มั่นคง ยึดมั่น และผูกพัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการกระทำภารกิจให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง

พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลรวมถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเต็มใจรับภาระการดูแลต่อไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ภาระการดูแลน้อยลง ดังแนวคิดของ Marsh กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาหน้าที่ที่สูญเสียไปของบุคคลในครอบครัว แต่เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวมีอำนาจในการปกครองและควบคุมการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมของครัวเป็นการเพิ่มความสามารถของครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเองโดยใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ ความสามารถพิเศษ และความรักเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาระของครอบครัวในทางที่ดี

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับการรักษาพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม

#### แนวคิด

ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1.แนวคิดทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existentialist)
- 2.แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory)
- 3.แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care theory)
- 4.แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### แนวคิดทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existentialist)

แนวคิดทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม กล่าวถึงมนุษย์ในแง่ของความเป็นเอกลักษณ์บุคคล และ ปัญหาเกี่ยวกับการคงอยู่ของแต่ละบุคคล มนุษย์เป็นผู้มีสำนึกในตนเองตลอดเวลา แม้กระทั่งวาระสุดท้ายที่ทุกคนต้องประสบ คือ ความตาย ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อและไม่ยอมรับว่าบุคคลเป็นผลถ่ายทอดทาง พันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อม แต่มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้กำหนดโชคชะตาของตนเอง นั่นคือมนุษย์มีอิสระที่จะเลือกทางเดินชีวิตและมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง ความเชื่อของทฤษฎี สรุปได้ดังนี้

- 1) มนุษย์มีอิสระที่จะพัฒนาศักยภาพของตนให้ถึงขีดสูงสุด
- 2) การตระหนักต่อความจริงของชีวิตจะเป็นการเพิ่มและส่งเสริมศักยภาพ สำหรับการเปลี่ยนแปลง
- 3) มนุษย์เป็นผู้แก้ไขปัญหาของตน เป็นผู้กำหนดว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ สิ่งใด หากมนุษย์รับรู้ว่าคุณภาพในการที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมหรือ รับรู้ว่าการกระทำของตนเองอยู่บนความคาดหวังของผู้อื่นแล้ว ย่อมส่งผลให้จิตใจเสียสมดุลได้ นอกจากนี้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้ยังเชื่อว่าบุคคลที่ขาดความตระหนักในตนเองนั้น จะรู้สึกเปล่าเปลี่ยว ขาด กำลังใจและเศร้า อันจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียโอกาสที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้

#### ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory)

ซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) เริ่มสร้างทฤษฎีการปรับตัว ในปี ค.ศ. 1964 รอยมีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยจะปรับตัวได้ดีหรือมีปัญหาการปรับตัว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบและระดับ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล รอย ใช้แนวคิดจากทฤษฎีระบบมาอธิบายระบบการปรับตัว ของบุคคลว่าบุคคลเป็นเหมือนระบบการปรับตัวที่มีความเป็นองค์รวม (Holistic adaptive system) เป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกระตุ้น ให้มีการปรับตัว โดยมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) มีดังนี้

บุคคล (Person) เป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม (Biopsychosocial) ที่ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นระบบการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะมี พฤติกรรมการตอบสนอง และเกิดกระบวนการควบคุมให้มีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน (Roy, 1984) ดังนี้



1) การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode)

2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode)

3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) บุคคลมีตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง บุคคลจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บทบาทของบุคคลมี 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับ พัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นวัยรุ่น และบทบาทการเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับงานตามระดับ พัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นบิดามารดา บทบาทการเป็นสามีภรรยา และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู และบทบาทการเป็นนักศึกษา เป็นต้น

3.3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม และบทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependent mode) บุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก มีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล รอยเรียกสิ่งแวดล้อมนี้ว่าเป็น “สิ่งเร้า” (Stimuli) ซึ่ง กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล หรือมาจาก ภายในตัวบุคคล และอาจจะเป็นสิ่งเร้าทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายๆ อย่างรวมกัน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Roy, 1984) ดังนี้

1) สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli)

2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli)

3) สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli)

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของบุคคลที่มีความมั่นคงและสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวของบุคคล และระดับความสามารถในการปรับตัว รอยได้แบ่งระดับความสามารถในการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ (Roy & Andrews, 1999) ดังนี้

1) ระดับปกติ(Integrated level) เป็นภาวะที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายทำงาน เป็นองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม

2) ระดับชดเชย (Compensatory level) เป็นภาวะที่กระบวนการชีวิตถูกรบกวนทำให้ กลไกการควบคุมและการรับรู้ของระบบบุคคลถูกกระตุ้นให้ทำงานเพื่อจัดการกับสิ่งเร้า

3) ระดับบกพร่อง (Compromised level) เป็นภาวะที่กระบวนการปรับตัวระดับปกติ และระดับชดเชยทำงานไม่เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งเร้าได้ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา

### ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ริเริ่มโดย โดโรธี อี โอเรม (Dorothea E. Orem: 1914-2007) หัวใจของทฤษฎีนี้ เน้นเรื่องการดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางครั้งบุคคล อาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมาย และเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ต่างๆ และการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพที่ดีโดยมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) มี ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคม

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคม วัฒนธรรม บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคมที่ เป็นความต่อเนื่องกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้บุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีโครงสร้างที่สมบูรณ์

**แนวคิดแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ**

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกัันดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้คน กลุ่มคน และชุมชน มีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ (Rappaport, 1984)

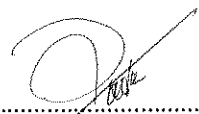
การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุม ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความพอใจ และตระหนัก ในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่ง ประโยชน์ต่างๆ ทั้งในส่วนบุคคล และสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของคน ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991)

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อคุณภาพที่ดีขึ้น
2. ญาติมีความเข้าใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่อง และเหมาะสม
4. โอกาสกำเริบซ้ำลดลง

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องร้อยละ 80
2. อุบัติการณ์การผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำ ภายใน 3 เดือน ไม่เกิน ร้อยละ 10

ลงชื่อ.....

( นางสาวนิษฐา ปราบหนองบัว )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

วันที่..... ๗ / .. สิงหาคม / .. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน