

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมาไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวจิตารัตน์ พิมพ์ดีด

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับ เชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 1632 กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปี พ.ศ.2562 – พ.ศ.2564

3) บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การศึกษานี้ใช้แนวคิดจากหลายทฤษฎีมาประยุกต์ทั้งแนวคิดของทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของ B.F.Skinner (1953 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) โดยการใช้การเสริมแรงเช่น ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของตัวเสริมแรงทางสังคม และตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร เป็นต้น และแนวคิดการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญาอีกทั้งอาศัยหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ 1. ประสบการณ์ (experience) 2. การสะท้อน/อภิปราย (reflection/discussion) 3. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) 4. ความคิดรวบยอด (concept) และ 2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการ

4.1.1 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย ผู้วิจัยจะสุ่มหอยผู้ป่วยเรื้อรังจิตเวชในชาย ชงโคและฝ้ายคำ เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนหอยผู้ป่วยเรื้อรังจิตเวชในหญิงเพื่องพามีเพียงหนึ่ง หอยผู้ป่วย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนหลังสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยหญิงให้เก็บเป็นความลับในช่วงทดลอง หากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่าที่ต้องการ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเข้า ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางสังคม ทั้งหมด 6 ครั้งใน 1สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมสื่อการสอนการฝึกทักษะทางสังคม

1.3 เตรียมแบบวัดอาการทางลบ (NSS) ผู้วิจัยฝึกการใช้แบบวัดอาการทางลบ จนเกิดความชำนาญ และฝึกผู้เก็บข้อมูลวิจัยให้เกิดความชำนาญเช่นกัน

1.4 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จะดำเนินการวิจัยหลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

1.5 เขียนโครงการวิจัยเสนอขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัย หลังได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว และขออนุญาตเข้าถึงประวัติผู้ป่วยในระบบ online

1.6 ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยแบ่งหน้าที่ดังนี้

1.6.1 หัวหน้าทีมวิจัย เป็นผู้มีความชำนาญในการฝึกทักษะทางสังคมจึงเป็นผู้นำการฝึกทักษะเอง ประสานการใช้สถานที่ทำกลุ่มบำบัด ประสานขอความร่วมมือกับพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกการสนทนา และทำกิจกรรมทางศาสนา ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยฝ่ายคำ เพื่อขออัตรากำลังเจ้าหน้าที่ช่วยในการฝึกทักษะในสถานการณ์จริงทั้งนี้ก่อนการออกฝึกในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน และถามความพร้อม หากพบกลุ่มตัวอย่างรายใดตื่นเต้นเกินกว่าเหตุ หรือมีอาการกลัว ให้ฝึกทักษะช้าๆจนคลายความกังวล และสามารถฝึกทักษะพร้อมเพื่อนๆได้

1.6.2 ผู้ช่วยวิจัย ช่วยกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ หลังจากผู้ป่วยได้เข้าฝึกทักษะในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยช่วยฝึกทักษะในสถานการณ์จริง วันจำหน่ายผู้ป่วยให้ความรู้แก่ญาติเรื่องการไต่ถามทางจิตเวช และการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมให้ใบความรู้เรื่องการไต่ถามทางจิตเวช และใบความรู้การฝึกทักษะทางสังคม

1.7 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามใบยินยอมตลอดจนแจ้งญาติทราบและให้ญาติลงนามใบยินยอมอนุญาตด้วย พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและญาติทราบว่าหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จใน 3 เดือน จะเชิญผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมาเข้าโครงการการฝึกทักษะทางสังคมต่อไป

1.8 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในหญิงเพื่องฟ้าและหอผู้ป่วยเรื้อรังบำบัดจิตเวชในชายชงโคและฝ่ายคำ ที่มีระดับคะแนนอาการด้านลบระหว่าง 3-13 คะแนน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.47 และ 12.97 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.13 และ 11.04 ตามลำดับ จากผลการศึกษาของ Barzegar et al. (2016) เรื่องประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคม ต่อการลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$ จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 10 คนต่อกลุ่ม หรือจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แต่เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนดอย่างน้อยร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (จรณิต แก้วกังวล และประตาศ สิงหิวนนท์, 2561) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 คน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึกทักษะทางสังคมด้วย LSD-30 และ NSS โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) จะไม่ทราบกระบวนการวิจัยใดๆทั้งสิ้น ดังนั้นจึงมั่นใจได้ว่าผู้เก็บข้อมูลวิจัยไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการฝึกทักษะทางสังคมกับกลุ่มทดลองจำนวน 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นการฝึกทักษะในสถานการณ์จริงใช้เวลากิจกรรมละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้เข้ากลุ่มบำบัดอื่นๆตามปกติ

2.2 ก่อนและหลังการฝึกทักษะฯครั้งที่ 1-3 ทีมผู้วิจัยที่ได้รับมอบหมายหน้าที่จะทำการประเมินทักษะผู้ป่วย ก่อนฝึกมีทักษะใดบ้างที่ไม่ผ่าน และหลังผู้ป่วยได้รับการฝึกจากผู้นำกลุ่ม ทีมผู้วิจัยจะทำการกระตุ้นและทบทวนทักษะต่างๆที่ได้รับการฝึกขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งผ่าน พร้อมส่งแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย และเกณฑ์การให้การเสริมแรงในการฝึกทักษะทางสังคมก่อนและหลังการฝึกให้แก่ผู้นำกลุ่ม เพื่อประกาศให้ผู้ป่วยทราบก่อนดำเนินการฝึกทักษะในแต่ละครั้ง โดยการให้รางวัลเป็นเหรียญมีมูลค่า 5 บาท รวมทั้งหมด 15 บาท และผู้นำกลุ่มกล่าวคำชมเชย และให้เพื่อนสมาชิกปรบมือ และมอบขนม นม หรือผลไม้ ตามแรงจูงใจที่ปรารถนาหลังการฝึกทักษะฯเสร็จในครั้งที่ 4

2.3 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองแต่ละคนได้เงินมูลค่า 15 บาทเพื่อนำมาฝึกทักษะใน 4 สถานการณ์จริง เช่น การจ่ายตลาดที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล ฝึกการสื่อสารกับพระภิกษุ การจัดยารับประทาน และการฝึกทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ก่อนการฝึกทักษะในสถานการณ์จริงเพื่อลดความกังวล ความเครียด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้ทดลองฝึกซ้ำๆจนผ่านการประเมิน และทุกคนพร้อมในการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ในการฝึกจ่ายตลาดกลุ่มทดลองทุกคนได้ฝึกการซื้อของ การจ่ายเงิน และรับเงินทอน และในสถานการณ์นี้ผู้วิจัยได้ตกลงกับแม่ค้าสร้างเงื่อนไขการทอนเงินผิดร่วมด้วย

3. ขั้นตอนประเมินผล

3.1 ผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองตามแบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร)

3.2 ผู้วิจัยติดตามประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารจากญาติกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามแบบประเมิน LSA-30 (เฉพาะทักษะด้านสังคมและการสื่อสาร) ในระยะติดตามผล 2 เดือน เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด หรือติดตามทางโทรศัพท์

3.3 ประเมินอาการด้านลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) และในระยะติดตามผล 2 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย และญาติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยเครื่องมือ NSS

3.4 หากผู้ป่วยรายใดยังไม่ได้กลับบ้าน ผู้เก็บข้อมูลวิจัย (ไม่ใช่คณะผู้วิจัย) ที่ประจำหอผู้ป่วยหนักจิตเวชในหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชในชายฝ่ายคำ และหอผู้ป่วยหนักจิตเวชในชายชงโคจะได้รับมอบหมายให้ประเมินทักษะด้านสังคมและการสื่อสารและอาการด้านลบ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

4.2 เป้าหมายของงาน

4.2.1 เป้าหมายหลัก

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาคำดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้และทักษะของโปรแกรมแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์

4.2.2 เป้าหมายเฉพาะ

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านสังคมและการสื่อสาร การมีอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลการคงอยู่ของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร

การมีอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ระยะเวลา 2 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรม

3. เพื่อติดตามการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนและในระยะติดตามผล 2 เดือน ของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.4 คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อน และในระยะติดตามผล 2 เดือน ของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.5 คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และคะแนนค่าเฉลี่ยอาการด้านลบก่อนหลัง และในระยะติดตาม 2 เดือนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 อย่างน้อย 1 คู่

5.6 ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังจากจำหน่าย 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.7 ผู้ป่วยที่มีระดับอาการด้านลบปานกลางถึงมาก ได้รับการจัดให้เข้ารับการฝึกทักษะทางสังคม ร้อยละ 100

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ได้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้จริง โดยผ่านการตรวจสอบทางทฤษฎีซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสาร และการลดอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

6.2 พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกโปรแกรมนี สามารถดำเนินการทำกลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชได้ และพยาบาลจิตเวชได้พัฒนาตนเองตามโปรแกรมที่พัฒนาใหม่

6.3 ผู้ป่วยสามารถนำทักษะทางสังคมที่ได้รับการฝึกกลับไปใช้ในชุมชนได้

6.4 ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นาน ไม่กลับมารักษาซ้ำเร็ว

6.5 สามารถพัฒนาต่อยอดการวิจัย เพื่อการมีทางเลือกการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อไป

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การสืบค้นสถิติของโรงพยาบาลที่ไม่มีการรวบรวมไว้ ต้องดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยมือ ไม่สามารถใช้คอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณได้ จึงส่งผลกระทบต่อเวลาอย่างมากในการรวบรวมข้อมูล

7.2 การดำเนินการวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงการระบาดของโรค Covid-19 นโยบายของโรงพยาบาลให้ลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างดังนั้นได้แก้ปัญหาโดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ออกเป็นกลุ่มละ 2 กลุ่ม และดำเนินการฝึกทักษะทางสังคม รวม 2 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ในช่วงการระบาดของโรค Covid-19 การฝึกทักษะในสถานการณ์จริง เช่น การจ่ายตลาดและการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์ ต้องมีการปรับเปลี่ยนโดยการจ่ายตลาดฝึกทักษะนี้ที่ร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาล ส่วนการสื่อสารกับพระภิกษุสงฆ์โดยนิมนต์พระภิกษุมหาที่โรงพยาบาล

8.2 การทำงานวิชาการ งานวิจัย ต้องใช้เวลาอย่างมากเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เมื่อต้องทำผลงานเพื่อความก้าวหน้าในสายงาน ควรเอื้อเรื่องเวลาให้สามารถทำงานวิชาการได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ เชกเช่นอาจารย์พยาบาลจากสถาบันต่างๆ สามารถขอการปฏิบัติงานประจำ เพื่อทำงานวิชาการ

9.2 ผลงานวิชาการต่างๆที่มีคุณภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมให้นำผลงานเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติในงานประจำ และพัฒนาต่อยอดอย่างต่อเนื่อง

10) การเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว เผยแพร่ที่ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 36

ฉบับที่2: พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ95 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง	ร้อยละ 2	นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง
2.นางสุนละมัย ทาคำใจ	ร้อยละ 2	สุนละมัย ทาคำใจ
3.นางประกายดาว โคมโสภา	ร้อยละ 0.5	ประกายดาว โคมโสภา
4.นายพรตสุติ คำมีสินนท์	ร้อยละ 0.5	พรตสุติ คำมีสินนท์

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอนแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอนแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางานไม่เกิน3หน้ากระดาษA4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับ เชี่ยวชาญ
ตำแหน่งเลขที่ 1632 กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาทักษะการผูกมัดและการใช้ห้องแยกในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช
- 2) หลักการและเหตุผล

การจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด (Physical restraint) เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่น (Stuart GW, 2009) มีการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างแพร่หลาย ดังเห็นได้จากงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดจากฐานข้อมูลประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ปี1960-2009 พบว่ามีการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน (Stewart et, al. 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendryx et al. (2010) พบว่าการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,266 ราย ที่โรงพยาบาลในเขตตะวันออกของรัฐออซซตันพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8 ได้รับการผูกมัดและมีการใช้การผูกมัดจำนวน 603 ครั้งใน 1 ปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลจากเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผูกมัดถึงร้อยละ 10 (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลิณี หทัยพิทักษ์ และคณะ (2557) พบว่ามีผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช 407 รายถูกผูกมัด 51 ราย (ร้อยละ 12.53 ของผู้ป่วยทั้งหมด) นับเป็นอัตราที่สูง

การจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดเป็นวิธีควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่ดีในการป้องกันอันตรายทั้งต่อเจ้าหน้าที่และต่อตัวผู้ป่วยเอง (Tishler CL et, al. 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เหตุผลในการผูกมัดผู้ป่วย 5 อันดับแรก คือ เพื่อป้องกันการทำร้ายผู้อื่นป้องกันการทำลายทรัพย์สินป้องกันการทำร้ายตนเอง ป้องกันการรบกวนหรือถูกล้ำสิทธิผู้อื่น และเพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Gelkopf et al., 2009; Oster, Gerance, Thomson, & Muir-Cochrane, 2016) และจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้การผูกมัดเป็นวิธีการที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคคลอื่น และเพื่อประโยชน์ในการรักษา (นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2552; Gelkopf et al., 2009; Moghadam et al., 2014; Moylan, 2009; The Joanna Briggs Institute, 2002) แต่การผูกมัดทุกครั้งย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรเองทั้งด้านบวกและลบ สำหรับผลด้านบวกต่อผู้ป่วย คือช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมพฤติกรรมตนเองมากขึ้น ส่วนผลด้านลบต่อผู้ป่วยและบุคลากร คืออาจทำให้เกิดการบาดเจ็บด้านร่างกายและมีผลต่อจิตใจ (Moghadam, Khoshknab, & Pazargadi, 2014) เห็นได้จากการผูกมัดส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของบุคลากร ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง อัตราการเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 13 ถึง ร้อยละ 17 การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ได้แก่ การถูกข่วน การเกิดรอยฟกช้ำที่บริเวณผิวหนัง ปวดกล้ามเนื้อ การถูกผู้ป่วยกัด การบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกชั้น ตึงฉมูกหัก ข้อไหล่หลุด เป็นต้น (Lancaster, Whittington, Lane, Riley, & Meehan, 2008; Lee et al., 2003; Moghadam et al., 2014; Stewart et al., 2009) และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วย รับรู้ว่าการผูกมัดนั้นไม่มีความจำเป็นและไม่เกิดประโยชน์ (Larue et al., 2013; Soininen et al., 2013)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวจากการผูกมัดมีผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจเนื่องจาก

กระทบต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างมาก บุคลากรทางการแพทย์เองก็รู้สึกคับข้องใจในการผูกมัดผู้ป่วยเช่นกัน (ดุสิตา สันติคุณาภรณ์, 2557) ส่งผลให้หลายประเทศต้องหันมาสนใจแนวคิดดังกล่าวในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นอิสระจากการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางจิต เช่น สมาคมสุขภาพจิต สมาคมจิตแพทย์ และสมาคมพยาบาลจิตเวชของอเมริกาได้มีนโยบายการจัดการใช้การผูกมัดและห้องแยกในการรักษาทางจิตเวช (Keltner NL & Steele D., 2015; ANA broad of director., 2012) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดสิทธิผู้ป่วย กล่าวถึงการผูกมัดร่างกายว่า “การบำบัดโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณหรือแยกผู้ป่วยจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น โดยต้องอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ” (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ, 2557) ยุทธวิธีที่ช่วยลดแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้ จึงเน้นที่ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ทักษะในการสื่อสาร สิทธิของผู้รับบริการ ความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ ความสามารถในการประเมินทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและญาติโดยเปิดการสนทนาและร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล ด้วยความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและการจัดการกับอาการที่รุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ (APNA position on the use of seclusion and restraint, 2014)

ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านทักษะการผูกมัดและการใช้ห้องแยกในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ทางบุคลากรหอผู้ป่วยจึงเข้าร่วมกับคณาจารย์จากสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงพัฒนาทักษะและแนวทางการพยาบาลด้านการผูกมัดและการใช้ห้องแยกในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชโดยการถอดบทเรียนจากการเก็บข้อมูลความรู้และวิเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพพนักงานช่วยเหลือคนไข้และอาจารย์นิเทศจากคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้ในการสะท้อนและถอดบทเรียนร่วมกันและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังได้รับกิจกรรมการจำกัดพฤติกรรมและก่อนจำหน่ายกลับบ้านจะช่วยให้มีการพัฒนาทักษะทั้งด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย เรียนรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดและใช้ห้องแยก พัฒนาทักษะทางการพยาบาลทั้ง nonverbal และ verbal ของพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ตลอดจนทัศนคติในการผูกมัดและจัดห้องแยกให้ผู้ป่วย จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้แนวทาง AIC (Appreciated Influence Control) นำข้อมูลจากข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ป่วยและบุคลากรที่ให้การดูแลพยาบาลทั้งที่เกิดความพึงพอใจและไม่พึงพอใจมาวิเคราะห์เพื่อปรับแก้ไขจุดอ่อนและจัดเก็บจุดแข็งในการพัฒนางานไปด้วยกันอย่างมีเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ที่ได้แนวทางการดูแลที่ “นุ่มนวล ปลอดภัย ใส่ใจ” ในการพัฒนาการทำงานของบุคลากรและเกิดแนวทางการปฏิบัติการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดและใช้ห้องแยกที่เหมาะสม (CNPG) กับการผูกมัดและแยกห้องผู้ป่วยต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดำเนินโครงการ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ข้าพเจ้าในฐานะผู้บริหารของหน่วยงาน จึงวางแผนเฝ้าติดตามตลอดเวลา อุปกรณ์ ให้ทีมการพยาบาลได้ลงมือปฏิบัติโดยการวางแผนจัดวัน และเวลาในการทำโครงการ สนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเพื่อเอื้อต่อการบำบัด อันจะส่งผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ใช้แนวความคิด/ทฤษฎีเกี่ยวกับ self awareness การสื่อสารเพื่อการบำบัด และสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ดังนั้นเพื่อให้โครงการนี้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ต้องมีการสรุปประเมินผลร่วมกับทีมสุขภาพภายในหอผู้ป่วยเป็นระยะ และนำข้อเสนอแนะแต่ละครั้งมาแก้ไขกระบวนการทำงานของโครงการ จนกระทั่งถึงจุดอิ่มตัวไม่มีข้อเสนอแนะใดๆอีก จึงสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 บุคลากรและอาจารย์นิเทศ มีความรู้ ความสามารถด้านทักษะการพยาบาลในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชโดยการผูกมัดและใช้ห้องแยก

4.2 ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำงานร่วมกัน

4.3 ได้แนวทางการปฏิบัติที่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ได้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรม 1 เรื่อง

5.2 ทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

5.3 ทีมการพยาบาลได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ โดยหลักการ AIC ร่วมหาทางแก้ปัญหาและหาทางดำเนินกิจกรรมที่ดีที่สุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวจิตารัตน์ พิมพ์ดีด)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 16 ธ.ค. 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(.....ทัศนีย์ สิริมงคล.....)

ตำแหน่ง พว.ชำนาญการพิเศษ

วันที่ 22 ธ.ค. 2565

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นายธรรณิษฐ์ กองสุข)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่ 25 ธ.ค. 2565

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้