

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวรุ่งทิวา เกิดแสง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ

ด้าน การพยาบาล

ระดับเชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 262

กลุ่มภารกิจ กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน – ธันวาคม 2565
- 3) บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาที่เป็นสำคัญ 10 สาขา ซึ่งสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น 1 ใน 10 สาขานั้น และมีแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ละเขตสุขภาพ รวมทั้งมอบหมายให้สำนักบริหารการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีกรอบในการพัฒนาประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านสถานที่และขีดความสามารถระบบบริการ การจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลแบ่งเป็น 1) โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับสูงประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (advanced-level hospital, A) โรงพยาบาลทั่วไป (standard-level hospital, S) 2) โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลาง (middle-level hospital, M) ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 3) โรงพยาบาลรับส่งต่อระดับต้น (first-level hospital, F) ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) ตามเกณฑ์กำหนดของการจัดระดับขีดความสามารถแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และจากประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ (2559) พบข้อจำกัดในการพัฒนาระบบบริการคือ จำนวนบุคลากรจิตเวชมีจำกัด การจัดบริการผู้ป่วยใน ระบบยา และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและการติดตามผู้ป่วย จากสถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน มักเข้าถึงบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนก่อนที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ตามระบบ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงทั้งทางคำพูดและการกระทำ บ่งบอกถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันต่วงทีอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สินได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) สำหรับสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นอันดับแรก โดยใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด การจับผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง การให้ยาฉีดทันที การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม และการผูกมัดผู้ป่วย (Yudofsky et al., 1986; กรมสุขภาพจิต, 2559) ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการปฏิบัติการพยาบาลคือการให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินภายใต้การจำกัดของเวลา พยาบาลต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่ว มีการตื่นตัวในการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลง

มีความตระหนักรู้ในตนเองและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การช่วยเหลือโดยการพูดคุย การจัดการด้านกายภาพ จัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งพยาบาลอาจใช้ทั้ง 3 วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นมืออาชีพเฉพาะทางเพื่อประสานการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทั้งในด้านการรักษา สังคมและอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชได้

โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จัดอยู่ในระดับตติยภูมิที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาทางจิตเวชระดับยุ่งยาก ซับซ้อน หรือระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ มีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี นครนายก และกรุงเทพมหานคร 7 เขต ความสำเร็จของโรงพยาบาลศรีธัญญาจึงเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชระดับสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งต่อเพื่อรับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากพื้นที่ที่รับผิดชอบร้อยละ 76.7 และจากการสำรวจปัญหาและความต้องการพัฒนางานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญาจากหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 เมื่อเดือนธันวาคม 2563 พบว่ามีความต้องการให้โรงพยาบาลศรีธัญญารับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาแบบผู้ป่วยในให้มากยิ่งขึ้น ให้ปรับปรุงระบบรับส่งต่อและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยให้มีความสะดวก รวดเร็ว แต่ยังพบหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนส่งต่อมีพฤติกรรมรุนแรงที่ไม่สามารถทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ การตอบรับการส่งต่อล่าช้า และมีปัญหาในการสื่อสาร/การประสานงาน จึงควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และระบบรับส่งต่อและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง และจากการสัมภาษณ์พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 8 คน (การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการทางการแพทย์ผู้ที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน, 2565) พบผู้ป่วยที่ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเกินศักยภาพในการดูแล มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำนวนเจ้าหน้าที่ให้การดูแลน้อย ต้องใช้บุคลากรจากทีมสุขภาพอื่นช่วยเหลือ ซึ่งขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากหน่วยบริการสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 4 มาโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนตุลาคม 2564 จำนวน 52 แฟ้ม พบว่า เป็นผู้ป่วยชาย ร้อยละ 73.7 ผู้ป่วยหญิง ร้อยละ 26.3 มาด้วยอาการสำคัญที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น/ทรัพย์สินมากที่สุด ร้อยละ 65.8 รองลงมาเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 31.6 และพฤติกรรมทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาทิเช่น เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง พูดคนเดียวตลอดเวลา ฯลฯ ร้อยละ 2.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงยังคงเป็นปัญหาในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรุนแรง และการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่พบว่า “ผู้ป่วยจิตเวช ดูแลจิตใจเพิ่ม พร้อมเรียกกำลังเสริม” ในกรณีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจมารับบริการในโรงพยาบาล พยาบาลต้องรายงานแพทย์เป็นลำดับแรก ซึ่งขณะรอแพทย์ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อเจ้าหน้าที่ ญาติ และผู้ป่วยรายอื่นหรือแม้กระทั่งผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องเข้าควบคุมผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่ง บางครั้งต้องขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่จากศูนย์กลางของโรงพยาบาลมา ช่วยด้วย หากในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สงบอาจต้องขออนุญาตจากญาติผู้ป่วยเพื่อทำการผูกมัด เมื่อแพทย์ตรวจและประเมินแล้วให้ยาตามแผนการรักษาและผู้ป่วยสงบลงแล้วจึงปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระ (กมลพรรณ งามแก้ว และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2557)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาอุปสรรคหนึ่งที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก่อนส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช อีกทั้งการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและส่งผลต่ออันตรายของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การให้การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยว่าเป็นการให้ผู้ป่วยถึงจุดหมายปลายทางได้อย่างปลอดภัย พยาบาลวิชาชีพควรมีการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการสร้างมาตรฐาน หรือพัฒนามาตรฐานเดิมให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างทั่วถึงและเป็นปกติ (สำนักการพยาบาล, 2550) การพัฒนาให้มีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการทำงานยิ่งขึ้น จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Yudofsky et al, 1986) ร่วมกับแนวคิดการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าวของ NICE guideline (2015) กรมสุขภาพจิต (2559) และมาตรฐานการส่งออก (สำนักการพยาบาล (2550) และตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตที่ 4 ด้านการพยาบาล ด้วยการเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลต่อความง่ายในการนำไปใช้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน และด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีระดับความรุนแรงลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้จะได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และขยายผลใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้ และช่วยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้กระทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ เป็นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต และกระทรวงสาธารณสุข

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ด้านการพยาบาล โดยเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลต่อความง่ายในการนำไปใช้ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน และด้านผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่พัฒนาขึ้นมีระดับความรุนแรงลดลง การศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ครอบคลุมพื้นที่ 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี อ่างทอง ลพบุรี สระบุรีและนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็น 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน (F2) ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี อ่างทอง ลพบุรี สระบุรีและนครนายก สุ่มตัวอย่างตัวแทนของโรงพยาบาลชุมชน แบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 15 แห่ง และสุ่มตัวอย่างพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบง่ายแห่งละ 1 คน เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสำเร็จ

การศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 30 คน มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และการรวบรวมข้อมูล โดยการ 1) ทบทวนวรรณกรรม 2) การสนทนากลุ่มพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากโรงพยาบาลตติยภูมิ (โรงพยาบาลศรีธัญญา) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 3) สืบหาข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน นำมาวางแผนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนและทดลองใช้ ด้วยการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (ฉบับร่าง) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ร่วมกับการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในข้อความรู้แต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC : Item Objective Congruence) ครั้งที่ 1 นำผลการตรวจสอบ ครั้งที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบเนื้อหาของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในข้อความรู้แต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC : Item Objective Congruence) ครั้งที่ 2 และนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนก่อนนำไปให้พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน มาจัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง)

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนด้านการพยาบาล ด้วยการประเมินความง่ายในการนำไปใช้และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ก่อนและหลังรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน (F2) จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี อ่างทอง ลพบุรี สระบุรีและนครนายก จำนวน 15 คน และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย จากผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน ด้วยการประเมินระดับความรุนแรงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบประเมินความง่ายและความพึงพอใจในการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนไปใช้ และแบบวัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความง่ายและความพึงพอใจในการนำรูปแบบการพยาบาล ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล โดย t-test

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- จำนวนรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 1 รูปแบบ

- ร้อยละของพยาบาลที่ได้ผ่านการอบรมการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีการรับรู้ของพยาบาลต่อความง่ายในการนำไปใช้และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (เป้าหมาย 80%)

- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีระดับความรุนแรงลดลง (เป้าหมาย 80%)

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามหลักการทางวิชาการ

- รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ที่พัฒนาขึ้นมีผลให้พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช/ปฏิบัติงานฉุกเฉิน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

- ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน มีระดับความรุนแรงลดลง และสามารถเข้าถึงบริการจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

- ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นต้นแบบ นำไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพอื่นได้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- มีขั้นตอนในการดำเนินงานหลายขั้นตอนและมีผู้เกี่ยวข้องที่ต้องประสานงาน ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 และนำความคิดเห็นที่หลากหลายมาใช้เป็นข้อมูลในการประกอบพิจารณาดำเนินการ

- ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพการณ์

- การปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา และส่งผลกระทบต่ออันตรายของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การให้การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- การเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน (F2) ทั้ง 8 จังหวัดให้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งมีพื้นที่อยู่ห่างไกล อาจส่งผลกระทบต่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

- พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แตกต่างกัน

9) ข้อเสนอแนะ

- มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการติดต่อประสานงาน/ การรวบรวมข้อมูล /การถ่ายทอดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

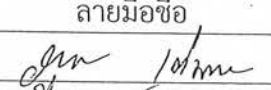
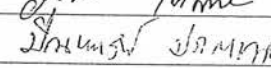
☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางระวีวรรณ เต็มวาณิช	ร้อยละ 10	
นางปัทมาธิ์ ประสาทศรี	ร้อยละ 10	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวรุ่งทิwa เกิดแสง

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับ เชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 262 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ กลุ่มภารกิจการพยาบาล
หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัด
- 2) หลักการและเหตุผล.

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัด กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2561) ขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงอีกกลุ่มหนึ่ง เมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้สุรา สารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญเกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้น กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญและกำหนด นโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษา อย่างความเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะ อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ ซึ่งเรียกว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) และจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นประเด็นหนึ่งที่น่ากังวลในการให้การพยาบาล และมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะเสี่ยงต่ออันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้บางครั้งต้องใช้ วิธีการควบคุมบังคับ และการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ให้เกิดอันตรายจากพฤติกรรมดังกล่าว การตัดสินใจบางครั้ง จะก่อให้เกิดปัญหาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้น เนื่องจากการผูกมัดผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ ทรมาณ ขาดอิสรภาพ ทำให้พยาบาลรู้สึกคับข้องใจในการกระทำดังกล่าวว่าถูกหรือผิด เพราะถ้าหากพยาบาลไม่ ผูกมัดผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องตัดสินใจที่จะผูกมัดผู้ป่วย จากการศึกษาของ Frost & Well (2000) เกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของพยาบาลจิตเวชต่อการจำกัด พฤติกรรมผู้ป่วย พบว่า ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย พยาบาลจะใช้การประเมินระดับความรุนแรงแล้วจำกัด พฤติกรรม ทั้งที่ผู้ป่วยยังไม่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น จึงควรมีการใช้เทคนิคการลดการบังคับและการผูกมัดผู้ป่วย (De-escalate) เพื่อลดระดับความรุนแรงประกอบด้วย เทคนิคทางจิตสังคมที่หลากหลายซึ่งมุ่งลดความรุนแรงและ/หรือพฤติกรรมก่อวินาศกรรม (WHO, 2019) (NICE 2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลด/ขจัดความเสี่ยงของความรุนแรงในระหว่างการยกระดับผ่านการใช้ทักษะการสื่อสาร ด้วยวาจาและอวัจนภาษา (CRAG 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ข้อดีของการลดการบังคับและ การผูกมัด (De-escalate) เป็นการป้องกันพฤติกรรมรุนแรง หลีกเลี่ยงการใช้ความยับยั้งชั่งใจ ลดความโกรธ และความหงุดหงิดของผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่าง เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองและฟื้นฟูการควบคุมตนเองได้ และช่วยให้

ผู้ป่วยพัฒนาความรู้สึกมีความหวัง ความปลอดภัย และการยอมรับตนเอง ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัด และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นประเด็นหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดปัญหาในการให้การพยาบาล และมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะเสี่ยงต่ออันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้บางครั้งต้องใช้วิธีการควบคุมบังคับ จากการศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรง พยาบาลจะใช้การประเมินระดับความรุนแรงแล้วจำกัดพฤติกรรม ที่บางครั้งผู้ป่วยยังไม่มีพฤติกรรมรุนแรง แต่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการใช้เทคนิคการลดการบังคับและการผูกมัดผู้ป่วย (De-escalate) ซึ่งพบว่า ข้อดีของการลดการบังคับและการผูกมัดผู้ป่วย เป็นการป้องกันพฤติกรรมรุนแรง หลีกเลี่ยงการใช้ความยับยั้งชั่งใจ ลดความโกรธและความหงุดหงิดของผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองและฟื้นการควบคุมตนเองได้ และช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้สึกมีความหวัง ความปลอดภัย และการยอมรับตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการลดการบังคับและผูกมัด (De-escalate) (WHO, 2019)

การลดการบังคับและผูกมัด (De-escalate) หมายถึง วิธีจัดการด้วยการสื่อสารและฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ สามารถควบคุมตนเองได้ มีรูปแบบและการตอบสนองอย่างเป็นระบบและปลอดภัย เพื่อลดหรือบรรเทาความรุนแรง วิธีการ คือผู้ช่วยเหลือและผู้ป่วยร่วมกันทำแผนส่วนบุคคล เพื่อระบุตัวกระตุ้นต่างๆ ของตนเอง สัมภาษณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง ขุ่นมัวใจ โกรธ ทุกข์ใจ หรือกระวนกระวายใจ ร่วมกันหารือเกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้สงบสติอารมณ์ในช่วงที่เครียดหรือมีสถานการณ์ที่ท้าทาย ระบุขั้นตอนต่างๆ ในการช่วยผู้ป่วยให้สงบลงในช่วงสถานการณ์ดังเครียด

ขั้นตอนที่ควรปฏิบัติเพื่อลดหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: เคารพพื้นที่ส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเนื่องจากการเข้าใกล้ผู้ป่วยที่กำลังประสบความทุกข์ใจ วิดกกังวล โกรธหรือผิดหวังมากเกินไป อาจทำให้ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้รุนแรงขึ้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงพื้นที่ปิดล้อม เช่น ห้องเล็กๆ พื้นที่แคบ

ขั้นตอนที่ 2: หลีกเลี่ยงการยั่ว ใช้ภาษาที่แสดงว่าผู้ช่วยเหลือไม่มีเจตนาที่จะทำร้ายผู้ป่วย เช่น ควรให้มองเห็นมือได้ตลอดเวลาเพื่อแสดงให้เห็นว่าไม่มีอะไรชุกซ่อน ยืนเอียงตัวไปด้านข้าง เพื่อมิให้ดูก้าวร้าวและการเผชิญหน้ากัน หลีกเลี่ยงการจ้องมองผู้ป่วย ควรใช้ภาษาสุภาพ ให้ความเคารพและพูดคุยกับผู้ป่วยโดยเท่าเทียมกันตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 3: สื่อสารด้วยการพูด เป็นส่วนสำคัญในการลดหรือบรรเทาความรุนแรง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตัวเองและอธิบายบทบาทของผู้ช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ช่วยเหลือต้องการช่วยเหลือและจะไม่ทำอันตราย

ขั้นตอนที่ 4: พูดให้กระชับและพูดซ้ำ ใช้ประโยคหรือข้อความที่เรียบง่าย ตรงประเด็น ชัดเจน ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจอาจรู้สึกว่ายากที่จะเข้าใจประโยคหรือข้อความที่ซับซ้อนและยาว ให้เวลาและโอกาสในการทำ ความเข้าใจกับสิ่งที่พูดคุยกัน หรือข้อมูลที่สื่อสารเพื่อตอบสนอง

ขั้นตอนที่ 5: ระบุสิ่งที่ต้องการและสิ่งที่จำเป็น ตรวจสอบเหตุผลต่างๆ ที่อยู่เบื้องหลังความทุกข์หรือ

ความกระวนกระวายของผู้ป่วย และแยกแยะว่าสิ่งใดเป็นความต้องการหรือจำเป็น สอบถามผู้ป่วยโดยตรงถึงสาเหตุต่างๆ ของความทุกข์ใจ และสิ่งใดที่สามารถทำได้

ขั้นตอนที่ 6: ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างตั้งใจ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ช่วยเหลือที่จะรับฟังอย่างตั้งใจต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูด กล่าวคือตั้งใจฟังและอย่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดด้วยถ้อยคำของผู้ช่วยเหลือเอง เพื่อแสดงการรับรู้ด้วยวาจาว่าผู้ช่วยเหลือเข้าใจสิ่งที่ได้พูดมา

ขั้นตอนที่ 7: เห็นด้วยหรือยอมรับเมื่อเห็นต่าง พยายามหาสิ่งที่เห็นพ้องต้องกันจากคำพูดของผู้ป่วย ที่แสดงถึงความห่วงกังวล อย่ามองข้ามสิ่งที่ผู้ป่วยพูดโดยไม่ให้เวลาไตร่ตรอง

ขั้นตอนที่ 8: แจกแจงหรือบอกความคาดหวังและข้อจำกัดต่างๆ ให้ชัดเจน สื่อสารกับผู้ป่วยให้ชัดเจนว่าอะไรที่สามารถและไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ กำหนดความคาดหวังและข้อจำกัดต่างๆ อย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 9: เสนอทางเลือกต่างๆ และการมองโลกในแง่ดี การให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และมีประโยชน์ในการลดหรือบรรเทาความรุนแรงในสถานการณ์ ถามผู้ป่วยว่าอะไรจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้นและเสนอตัวเลือกและแนวทางที่แตกต่างกันไป

ขั้นตอนที่ 10: ชักถามบุคคลที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่และคนอื่นๆ ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่และคนอื่นๆ มีส่วนในการวิเคราะห์ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและวิธีปรับปรุงการดำเนินการต่างๆ หากสถานการณ์คล้ายกันนี้เกิดขึ้นในอนาคต

การประเมินผลของการลดการบังคับและการผูกมัด ประเมินจากผู้รับบริการสามารถตระหนักรู้ ควบคุมตนเองได้ ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ในการพัฒนาโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่ใช้การผูกมัด โดยประกอบด้วยขั้นตอน 1) ศึกษาสถานการณ์การลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท 2) พัฒนาโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัดและทดลองใช้ 3) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัด ทั้งด้านการพยาบาลและด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัด ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถขยายผลต่อยอดนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นได้ สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ของกรมสุขภาพจิต

2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ

3. พัฒนาความก้าวหน้าการปฏิบัติการวิชาชีพพยาบาล

4. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัดสามารถลดระดับความรุนแรงได้

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- จำนวนโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัด 1 โปรแกรม
- ร้อยละของพยาบาลที่ได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัดสามารถนำไปใช้ได้ (เป้าหมาย > 80%)
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมลดระดับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ใช้การผูกมัดมีการลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (เป้าหมาย > 60%)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบ
ภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับ
การพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับ
การประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงาน
ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ
ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน
ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิต
พิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

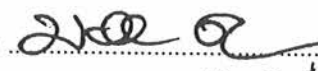
ลงชื่อ ไพจิรา เกตุแสง (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นางสาวรุ่งทิวา เกตุแสง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 30 สิงหาคม 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล
วันที่ 30 สิงหาคม 2565

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นางสมสุธาดา สุ่มผไท)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
วันที่ 31 สิงหาคม 2565

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป อีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับ ได้