

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางวิภาวี จันทมัตตการ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ด้านการพยาบาล)

ระดับ เชี่ยวชาญ

ตำแหน่งเลขที่ 2561

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีพ.ศ.2563-2564

3) บทวิเคราะห์/แนวคิด/ทฤษฎี/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวิจัยโดยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยสร้างข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลทั้งหมดที่ได้นำมาจำแนกเป็นหมวดหมู่และวิเคราะห์โดยวิธีการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) วิเคราะห์ทั้งใช้แนวคิดทฤษฎีและไม่ใช้ทฤษฎีประกอบกันเพื่อให้ได้ข้อสรุป วิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่ามีความเหมาะสมเพียงใด โดยพิจารณาแต่ละขั้นตอนว่ากระบวนการใดที่จะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล หากปรับเปลี่ยนกระบวนการหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในขั้นตอนใดเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ลึกซึ้งของการเป็นเจ้าของปัญหา หากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในขั้นตอนใด เพื่อให้รู้สึกถึงการเป็นเจ้าของพื้นที่และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนั้นรูปแบบที่ได้จะบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ ซึ่งความร่วมมือของชุมชนที่จะได้รับในการวิจัย ได้แก่ 1) ความหลากหลายของภาคีเครือข่ายในการร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนการดำเนินงานในชุมชน 2) ส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย แต่มีวัตถุประสงค์เดียวกันคือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 3) ยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างภาคีเครือข่าย ผู้ป่วย และผู้ดูแล และ 4) มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน สามารถใช้กับการดูแลสุขภาพ และนำมาปรับใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะผ่านกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มต้นการวิจัย: ขั้นการวางแผน (Planing) 2) ระยะดำเนินการวิจัย: ขั้นการปฏิบัติ (Action) และ 3) ระยะสิ้นสุดการวิจัย: ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) อาศัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2564 รวมระยะเวลา 2 ปี ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการวิจัย: การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1. การเตรียมทีมวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมความพร้อมทีมวิจัยทั้งด้านวิชาการ ทักษะการดำเนินงานในชุมชน และวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1.3 ร่วมกันวางแผนดำเนินการวิจัยตั้งแต่การกำหนดพื้นที่ศึกษา การลงพื้นที่ การหากลุ่มเป้าหมาย การดำเนินการตามแผน และการติดตามผลการวิจัยระยะยาว

1.4 มอบหมายงานตลอดระยะเวลาการวิจัยและสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละระยะเพื่อวิเคราะห์

จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

2. การเตรียมชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายกำหนดพื้นที่ศึกษา การสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำชุมชน ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 กำหนดพื้นที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ชุมชนเป้าหมายโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในเวทีการประชุม ได้พื้นที่ชุมชนเป้าหมาย คือ ตำบลคลองน้อย ตำบลชัยบุรี ตำบลไทรทอง และตำบลสองแพรก อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พื้นที่ดังกล่าวมีประชากรรวม 28,096 คน ชาย 14,154 คน หญิง 13,942 คน พื้นที่ 430 ตารางกิโลเมตรหรือ 268,750 ไร่ เป็นที่ราบสูงมีภูเขาเขานาบ ส่วนใหญ่อาศัยเกษตรกรกรรม (สวนยางพารา/สวนปาล์มน้ำมัน) การปกครองท้องที่ แบ่งเป็น 4 ตำบล รวม 37 หมู่บ้าน 11,013 หลังคาเรือนมี รพช.1 แห่ง รพ.สต.4 แห่ง (ชัยบุรี สองแพรกคลองน้อย และไทรทอง)มีวัด 4 แห่งสำนักสงฆ์ 5 แห่ง (98% นับถือศาสนาพุทธ) มีบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลจำนวน 34 คน และ อสม. จำนวน 624 คน มีผู้ป่วยจิตเวชในการดูแลจำนวนทั้งสิ้น 84 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 46 คน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ

2.1.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลจำนวน 40 ครอบครัว ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.1.2 ภาศิเครือข่ายจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงใน 4 ตำบล คือ ตำบลคลองน้อย ตำบลชัยบุรี ตำบลไทรทอง และตำบลสองแพรก ของอำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ 1 คน แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการ 4 คน กำนัน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน อบต. 1 คน สารวัตรกำนัน 1 คน ตำรวจ 1 คน เจ้าหน้าที่รักษาความสงบหมู่บ้าน (พรส.) 2 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 10 คน และสมาชิกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 2 คน

2.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ศึกษา อาทิ ต้นทุนสุขภาพชุมชน สังคมวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น เศรษฐกิจ เป็นต้น ปัญหา/อุปสรรค และความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

2.3 เตรียมพื้นที่ศึกษา ร่วมกำหนดผู้มีส่วนร่วม สร้างความตระหนักและต้องการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาของชุมชนพื้นที่ศึกษา ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนข้อมูลของพื้นที่ ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เอื้ออำนวยให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นความสำคัญของการดูแลใจตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งความสำคัญของทุกภาคส่วนต่อการมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของชุมชน ประเมิน วิเคราะห์ กำหนดแนวทางมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาคาดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของชุมชนด้วยเทคนิค AIC

2.4 สร้างสัมพันธภาพกับชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการในเชิงบวก และลงพื้นที่เพื่อหากลุ่มเป้าหมาย คือ

2.4.1 ภาศิเครือข่าย ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลหรือนักวิชาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. สารวัตรกำนัน เจ้าหน้าที่รักษาความสงบหมู่บ้าน (พรส.) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

2.4.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัวหรือผู้ดูแลจากทะเบียนรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 ตำบล และนัดประชุมร่วมกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองน้อย รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งในการพบกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดตลอดกระบวนการวิจัย และชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย: การปฏิบัติ (Action) ตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นทำความเข้าใจสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน

2.1.1 ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ชุมชนเป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ/พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน อบต. สารวัตรกำนัน เจ้าหน้าที่รักษาความสงบหมู่บ้าน (พรส.) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา รูปแบบ ขั้นตอน และวิธีดำเนินโครงการวิจัย

2.1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดเรื่องการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้กับทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1.3 ทีมวิจัยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ ต้นทุน ทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิตของชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน จากการสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus group) ความสำคัญและแนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง

2.1.4 ร่วมกันวิเคราะห์ ทบทวนสภาพปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะ/รูปแบบการจัดการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน ต้นทุนการดูแลสุขภาพจิต ปัญหา อุปสรรค ความต้องการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านการสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) ในทีมภาคีเครือข่าย ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพ พยาบาลและนักวิชาการของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน อบต. สารวัตรกำนัน เจ้าหน้าที่รักษาความสงบหมู่บ้าน (พรส.) อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสมาชิกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมผู้บริหาร ผู้ป่วยและญาติในประเด็นปัญหาความต้องการและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ประเด็นปัญหาการดูแลในชุมชนและความต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ดังนี้ 1) ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร 2) ความหมายของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร 4) ปัจจุบันนี้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร 5) แนวทางการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่อยากให้เกิดขึ้นเป็นอย่างไร 6) หากจะทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ท่านต้องการการสนับสนุนอย่างไร

2.2 ขั้นพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดย

2.2.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciatory Influence Control: AIC) เพื่อกำหนดโครงสร้างและกลยุทธ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยแต่ละทีมร่วมวิเคราะห์ อภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

2.2.2 ทีมวิจัย แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์ อภิปราย รูปแบบ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละหมู่บ้าน

2.2.3 มอบหมายความรับผิดชอบและจัดทำแผนปฏิบัติการ ควบคุม กับการดำเนินงานและประเมินผล

2.3 การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานและประชุมหลังดำเนินกิจกรรมเพื่อสะท้อนผล (Reflect) การปฏิบัติและการปรับปรุงผลการปฏิบัติ

2.4 การประเมินผลการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนด้วย CIPP Model

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการวิจัย: การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ระยะนี้เป็นการประเมินผลและสะท้อนการดำเนินการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติงานเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย เป็นการประเมินผลขั้นสุดท้าย เพื่อหาข้อสรุปร่วม จุดเด่น จุดด้อย ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามกระบวนการวิจัย

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1.ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและครอบครัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนในเชิงบวกอย่างเข้าใจ ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ลดพฤติกรรมรุนแรง อาการกำเริบ และการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล สามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขเต็มศักยภาพของตน

5.2.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเกิดทัศนคติเชิงบวก เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะ และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงบวกอย่างมีส่วนร่วม เกิดสังคมเกื้อกูล ความเห็นใจ สามัคคี ให้โอกาส เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน

5.3.เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกในชุมชนแบบครบวงจร

5.4.เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลจากการวิจัยได้รูปแบบของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้มีความสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดตราบาป (Stigma) ในชุมชน รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทีมบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและคนในชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดร่วม และบริบทในชุมชนเป็นชุมชนที่มีปัญหาความยากจนและมีแหล่งมั่วสุมของกลุ่มยาเสพติดเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นความยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องดูแลแก้ปัญหาทั้งทางด้านปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหายาเสพติด และปัญหาสุขภาพและจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้เวลายาวนานในการดูแลรักษาและเป็นโรคที่มีโอกาสป่วยซ้ำได้สูง ประกอบกับมีการใช้สารเสพติดร่วม จึงเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องได้รับการแก้ไขเชิงระบบและมีผู้เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพและหลายหน่วยงานในชุมชนต้องมีความรู้ ทัศนคติ และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเชิงระบบจึงจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการเป็นโครงการที่เป็นความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ตั้งแต่สสจ. สสอ. โรงพยาบาลในชุมชน รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล นายอำเภอ อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน มุลนิธิ ภูภัย ฯลฯ ดังนั้น การนัดประชุมวางแผนการค้นหาปัญหาในชุมชน การจัดทำแผนเพื่อการแก้ปัญหาที่เหมาะสมตามบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ของทีมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องนัดหลายครั้ง ซึ่งค่อนข้างยุ่งยากและมีปัญหาว้นนัดร่วมดำเนินการแต่ละครั้งที่จะมาพร้อมกันทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างยาก จำเป็นต้องนัดหลายครั้ง

จนกว่าการดำเนินงานจะเสร็จสิ้น ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 ทำให้การดำเนินการยุ่งยาก ซับซ้อนและล่าช้ายิ่งขึ้น

9) ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเชิงรุกไป ทดลองใช้กับพื้นที่ที่มีปัญหาใกล้เคียงกันและมีการทดสอบประสิทธิภาพซ้ำ รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์ที่ได้ต่อเนื่อง เป็นเวลานานต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และควรมีงบประมาณสนับสนุนให้เครือข่ายได้ดำเนินโครงการต่อเนื่องต่อไป

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 70 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวิภาวี จันทมัตตุการ	70	วิภาวี จันทมัตตุการ
ดร.นพรัตน์ ไชยขำนิ	10	นพรัตน์ ไชยขำนิ
ดร.ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ	10	ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ
ดร.สายฝน เอกวารการ	10	ส. เอกวารการ

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางวิภาวี จันทมัตการ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ด้านการพยาบาล)

ระดับ เชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ 2561 กลุ่มงาน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารแบบสติจริยสนทนาระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้รับบริการ

2) หลักการและเหตุผล

การสื่อสาร หมายถึง การสื่อข้อความในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งระหว่างบุคคลตั้งแต่สองบุคคลขึ้นไปหรือระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่องที่กำลังสื่อสาร (ชนกรณ กุณทลบุตร, 2556) การสื่อสารในระบบบริการสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้รับบริการในสถานพยาบาลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อความเข้าใจ หากสื่อสารข้อมูลได้ดีและมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้สามารถประสานงานต่าง ๆ ด้วยความราบรื่น ผู้รับบริการและญาติสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหรือเลือกรับบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความวิตกกังวล ลดความกลัว สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่ดีและลดช่องว่างในระบบบริการสุขภาพ (ดวงกมล เทวพิทักษ์, 2559) ในระบบบริการสุขภาพบุคลากรวิชาชีพหลักที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุดและมีจำนวนมากที่สุด ได้แก่ วิชาชีพพยาบาล พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติสำคัญครบถ้วนใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และจริยธรรม จึงจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ คุณสมบัติด้านจริยธรรมของพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับการสื่อสารดังกล่าวข้างต้น เช่น การใช้คำพูดที่ไม่สุภาพ การเปิดเผยความลับ เป็นการกระทำผิดจริยธรรมของพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้รับบริการ (สภาการพยาบาล, 2558) โดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ถือเป็นกลุ่มเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยวาจาและท่าทางของผู้ให้บริการ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทรสุข, สุกรใจ เจริญสุข, 2556)

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานของพยาบาลที่จำเป็นต้องยึดหลักจริยธรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการล่วงละเมิดต่อผู้รับบริการดังกล่าว จึงเริ่มดำเนินการใช้แบบสำรวจการสื่อสารกับผู้รับบริการสอบถามพยาบาลจำนวน 30 คน พบว่ามีการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมจำนวนมาก เช่น ใช้คำพูดท่าทางที่ข่มขู่ คุกคาม ไม่ให้เกียรติ ไม่ให้เหตุผลกับผู้รับบริการตามความเป็นจริงกรณีที่ต้องจำกัดพฤติกรรม ฯลฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าปัญหาด้านจริยธรรมที่ถูกพบบ่อยของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในคลินิก เช่น การไม่เคารพเอกสิทธิ์ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการถูกบังคับให้ได้รับการรักษาโดยปราศจากการยินยอม ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (Aydin Er & Ersoy, 2017)

ดังนั้นหากมีแนวปฏิบัติทางการสื่อสารอย่างมีจริยธรรมกับผู้รับบริการ จะทำให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการสื่อสารอย่างมีจริยธรรมนำไปสู่การยกระดับคุณภาพทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารแบบสติจริยสนทนาระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้รับบริการ

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารแบบสติจริยสนทนาระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้รับบริการ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) กรอบแนวคิดเรื่องการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม (Ethical communication) และกรอบแนวคิดเรื่องสติ (Mindfulness) ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอนที่ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ จาก

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือขององค์กรทางด้านสุขภาพ (National Health Medical Research Council, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน และในขั้นตอนการจัดระดับความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลักเกณฑ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2554)

ข้อเสนอ

การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการสื่อสารแบบสตอรี่สนทนาระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้รับบริการ ผู้วิจัยควรนำผลการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด รวมทั้งบริบทขององค์กรมาบูรณาการ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาล ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

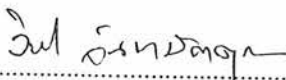
4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวปฏิบัติการสื่อสารแบบสตอรี่สนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ สำหรับพยาบาลจิตเวชใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารที่สอดคล้องตามหลักจริยธรรม เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่มีเสี่ยง ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดข้อร้องเรียน ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1. จำนวนครั้งของการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องตามหลักจริยธรรม
- 5.2. ความพึงพอใจต่อการสื่อสารทางจริยธรรมของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก
- 5.3. บรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานอยู่ในระดับดีมาก
- 5.4. ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายอยู่ในระดับมาก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 7 เดือน ในปงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

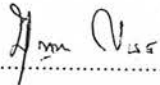
ลงชื่อ 

(นางวิภาวี จันทมัตการ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 30 ธค. 66

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางบุญพา อนุคร)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 30 ธ.ค. 65

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นายอาทิตย์ เล่าสุอังกร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่ 30 ธ.ค. 65

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไป อีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับ ได้