

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางผ่องพิศ อินทวิเศษ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล

ระดับ ข้าราชการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 2570 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

ตำแหน่งเลขที่ 2609 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเสริมแรงจิตใจต่อพฤติกรรม การรับประทายตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมกราคม – ธันวาคม 2566

3. ความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลาประมาณ 20 ปี ได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้เครื่องมือรายโรค BPRS การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การฟื้นฟูทักษะ 6 ด้าน การกลับคืนสู่สภาวะ ใช้ความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวทางการดูแล CPG CNPG ของโรงพยาบาล รวมทั้งผลงานวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

4.1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตที่พบได้ทุกสังคม ทุกเชื้อชาติและทุกวัฒนธรรม เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทมักจะมีอาการรุนแรงและสูญเสียหน้าที่หลายด้าน การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยต้องมีอาการชนิดบวกและ/หรืออาการชนิดลบของโรคจิตเภทเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการโรคจิตชัดเจนเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และการทำงานหรือการหน้าที่ต่างๆบกพร่องลงมานิต ศิริสุรภานนท์, 2558) การดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มักจะไม่หายขาดและมีโอกาสการป่วยซ้ำเป็นช่วง ๆ พบมากที่สุดโรคจิตเวชทั้ง หมด โดยพบความชุกถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadook & Sadock, 2007) และยังพบว่าทั่วโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบจำนวน 1,029,884 ราย 1,080,303 ราย และ 1,080,512 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่สำคัญเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก (กรมสุขภาพจิต 2565) เช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีจำนวน 8,526 ราย 18,962 ราย และ 2,994 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2565) ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากปัจจัยด้านชีวเคมีในสมองและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดความรุนแรงของโรค และควบคุมอาการทางจิตให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและป้องกันการป่วยซ้ำ (รัชนิยา อุทัยพันธ์, 2555) พบว่าสาเหตุสำคัญของการป่วยซ้ำ เกิดจากพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการเข้าตามเกณฑ์การรักษาร้อยละ 88.2 (Omranifard, Yazdani, Yaghoubi, & Namdari, 2008 อ้างตาม ประหยัด ประพรหม และคณะ, 2556) และผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องลดลงตาม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง ร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วย และลดลงเรื่อย ๆ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทหยุด รับประทายยาใน 2 สัปดาห์แรก ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 49.90 (Valevski et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ส่วน

ใหญ่มีปัญหาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80 (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสินานนท์, 2552) และป่วยซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากที่ยาจากอาการถึงร้อยละ 57 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Shao, Chen, Chang, Lin, & Ching-Lan Ling, 2013) เพิ่มอัตราความเสี่ยงในการกลับมาป่วยซ้ำ (Higashietal., 2013; Writers, 2013) มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้อาการของโรคจิตเภทมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและผลลัพธ์ของการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ (Canas et al., 2013; Higashietal., 2013) ผลกระทบต่อครอบครัวพบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น (Writers, 2013) และเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Rafiyah & Sutharangsee, 2011) รวมทั้งผลกระทบต่อสังคม พบว่า มีการศึกษาการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 31,000 ล้านบาทหรือประมาณ 87,000 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย (Phanthunane, Vos, Whiteford, & Bertram, 2010) พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความไม่ร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ (Canas et al., 2013) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติเกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาในการรักษาครั้ง ที่ผ่านมา (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013) ขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ของตนเอง (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013; Higashietal., 2013) การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) ความรู้สึกมีตราบาป จากการรับประทานยาด้านโรคจิต (Acosta et al., 2012) เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ขาดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้น (Acosta et al., 2012; Higashietal., 2013) 3) ปัจจัยด้านบุคลากรในทีมผู้รักษา ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาที่ไม่ดี (Acosta et al., 2012; Dassa et al., 2010; Higashi et al., 2013) การวางแผนจำหน่ายที่ไม่เหมาะสม (Acosta et al., 2012; Canas et al., 2013) และการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Acosta et al., 2012) เป็นต้น และ 4) ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย การตอบสนองต่อการรักษา (Canas et al., 2013) เกิดอาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น จากการ วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (กนิษฐา ธรรมดา, 2553) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการแสวงหาความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การบริหารจัดการเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเอง และมีการศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท (รัตติยาพร เบญจเจิม และรัชนิกร อุปเสน, 2563) ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพตนเอง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเจ็บป่วย และมีความสามารถในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการกระทำ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง ตามความสามารถของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ซึ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง ย่อมมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ พหิตี แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแรงจูงใจที่สำคัญภายในตัวบุคคลที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (efficacy expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ย่อท้อต่อปัญหาและอุปสรรค

และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1986 อ้างใน สมโภชน์, 2553) ดังนั้นบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ย่อมมีความพยายามและกระทำพฤติกรรมตามที่คาดหวังนั้นได้สำเร็จดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Bandura, 1997) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย รับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Litt (2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าแรงจูงใจ (motivation) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรักษาในระดับสูง และแรงจูงใจว่าเป็นปัจจัยทางจิตใจที่กระตุ้น และชี้้นำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย (Deci & Ryan 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิย อุทัยพันธ์, (2555) พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการสัมภาษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ปราบธนา คำมีสินนท์ (2550) การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาในระดับสูง สรุปได้ว่า การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่รับผิดชอบดูแลให้บริการผู้ป่วยในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบน จากสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ย้อนหลังปี 2563 - 2565 พบผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำภายใน 28 วันสูงมากกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ และมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.56 ร้อยละ 3.95 และร้อยละ 4.50 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2565) ที่ผ่านมาระยะเวลาได้มีการพัฒนา การส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็น ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการดูแล การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบ D - method ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำปรึกษารายครอบครัวแก่ผู้ป่วยและญาติ ในวันที่ย้ายย้ายทุกราย ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทยังมีปัญหาปัญหาพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา อาจจะเนื่องมาจากการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ใช้ในหน่วยงาน เน้นการให้ความรู้เรื่อง โรคและการรักษาเป็นหลัก จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ โดยคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

4.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยา กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

4.1.3 สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้าง สมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจูงใจจะมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แบบแผนการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) โดยกลุ่มที่ศึกษา ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างสมรรถนะ ร่วมกับการเสริมแรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์ และกลุ่มควบคุม (Control group) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ดังนี้ คือ F20.0 - F20.9 เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F20.0 ถึง F20.9 มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ในระดับปานกลางถึงต่ำ (Farrgher, 1999) ปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในมากกว่า 1 ครั้งด้วยปัญหาเรื่องการรับประทานยา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ำในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ได้ข้อมูล จากการทดลอง มีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นคือสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร ได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ซึ่งการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเท่ากันทั้งสองกลุ่ม จะทำให้ผลลัพธ์การวิเคราะห์ มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด (Singh & Masuku, 2014 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563)

ตัวแปรที่ศึกษา

- ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะร่วมกับเสริมแรงจิตใจในการรับประทานยา
- ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์

4.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรม การเสริมสร้าง สมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจิตใจต่อ พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม กระบวนการวิเคราะห์ความจำเป็น และการทบทวนระบบที่มีอยู่ โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่** แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ ที่ปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555)

4.7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย แก่คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เมื่อผ่านการอนุมัติเห็นชอบให้ดำเนินการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อดำเนินการวิจัย เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การเก็บข้อมูล ขอใช้สถานที่ หลังจากนั้น เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยในมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี ผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ (pre-test) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ ระดับปานกลางถึงต่ำ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลอง ๑๖ ราย
ดำเนินการบำบัดตามโปรแกรมเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10-12 คน ครั้งละ 45-60 นาที ครั้งละ 2 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 3
ครั้ง จนครบ 6 กิจกรรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมครบ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตาม
เกณฑ์ทันที (post - test)

ขั้นประเมินผล ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ภายหลังดำเนินการตามโปรแกรมครบ 1 เดือน นำข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรมแต่ละครั้งและจากแบบสอบถาม
มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส
ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะ
หลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทาน
ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม เปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ pair t-test

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / คุณภาพ)

- 5.1 โปรแกรม การเสริมสร้าง สมรรถนะร่วมกับการเสริมแรงจิตใจต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตาม
เกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 โปรแกรม
- 5.2 ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์ ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
- 5.3 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่
มุ่งสู่ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

- 6.1 ด้านบุคลากร เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการ เสริมสร้างสมรรถนะ ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจในการ
รับประทานยา ในผู้ป่วยจิตเภทให้รับประทานยาต่อเนื่อง
- 6.2 ด้านหน่วยงาน มีแนวทางในการจัดกิจกรรม เสริมสร้างสมรรถนะ ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจในการ
รับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท
- 6.3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัย การเสริมสร้างสมรรถนะ ร่วมกับการเสริม
แรงจิตใจในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างและอยู่ใน
พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการศึกษาวิจัย

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง อาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวันและเวลาที่กำหนด

9) ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยควรประสานงานและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ให้เข้าร่วม กิจกรรมได้ตามวันและ
เวลาที่กำหนด

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11.การรับรองสัดส่วนของผลงานส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนภาพร นวลสุทธิ	ร้อยละ 10	<i>นภาพร นวลสุทธิ</i>
นางสาวปลิดา เหมโลหะ	ร้อยละ 10	<i>ปลิดา เหมโลหะ</i>

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางผ่องพิศ อินทวิเศษ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล

ระดับ ข้าราชการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 2570 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

ตำแหน่งเลขที่ 2609 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงาน การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) หลักการเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะ เรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยไม่เคยหายสนิทจากอาการทางจิตตลอดชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่แย่ง (Switaj et al., 2012) ดังนั้น โรคจิตเภทจึงเป็นหนึ่งในสิบอันดับของโลกที่เป็น สาเหตุให้เกิดความบกพร่องหรือรุนแรงที่สุด คือ เป็นคนพิการทางจิตและพฤติกรรม (Cemalovic, 2011) โรคจิตเภทพบความชุกถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadook & Sadock, 2007) และยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบจำนวน 1,029,884,1,080,303 ราย และ 1,080,512 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่สำคัญเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก (กรมสุขภาพจิต, 2565) จะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีจำนวน 8,526 ราย 18,962 ราย และ 2,994 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2565) ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากงานวิจัยมีการศึกษาอัตราการกำเริบในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบได้สูงถึงร้อยละ 70 มีหลายสาเหตุ เช่น การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ขาดการดูแล ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่าร้อยละ 25 ทำให้ต้องได้รับการดูแลและรักษาไปตลอดชีวิต การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่น และตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น มาโนช หล่อตระกูล , 2558) ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ต้องได้รับการดูแลรักษานาน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากที่สุด

ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (McDonell, Short, Berry, & Dyck, 2003; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) สิ่งต่างๆเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ตัน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ์ วาสิกันานนท์, 2552) ด้านจิตใจ ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองและผู้ป่วย (Yazici et al., 2016) รู้สึกผิด รู้สึกเครียด เหนื่อยล้า ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง อ่อนเพลีย หดแรงแรง และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย หาก ความรู้สึกนี้เกิดเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีอาการได้ (Piper, Lindsey, และ Dodd, 1987) จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจะมีระดับความเครียดสูงและเป็นภาระการดูแลมาก (Yip KS., 2002) ดุษฎีอุดมมอทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร และศศิธร เก็มเส้น (2563) ศึกษาภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเองเกิดจากสถานการณ์หรือ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหลักจะเป็นบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยความต้องการได้รับการ

ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวันติดต่อกันเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแล นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (กัญญา ศรีตะวันและรัชนิกร อุปเสน, 2560) ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้สูงสุด คือ การรับรู้ภาระในการดูแล รองลงมาคือความหวัง (สุพัตรา บำรุงจิตร 2561) สรุปได้ว่า ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี ทศนค ตีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม (ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ 2562) โดยความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดเพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจได้และสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจสูง จะเห็นได้ว่า พลังใจในกลุ่มผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการ เผชิญปัญหา และปรับตัวต่อความยากลำบาก กับภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิม เปรียบได้กับสิ่งที่มีความยืดหยุ่น ที่ถึงแม้ว่าจะมีแรงกดดันไป แต่ก็จะสามารถคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้ ความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง (Grotberg, 1999) ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใจ ก็จะเสริมสร้างพลังใจให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติ มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานได้

2. วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

3.1 กรอบการวิเคราะห์

การพัฒนาโปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้แนวคิด ของ Grotberg (2004) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต สามารถที่จะเอาชนะ และเรียนรู้ที่จะ จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ มี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

สิ่งที่ฉันมี (I have) หรือ แหล่งสนับสนุนภายนอก (external supports) หมายถึง บุคคลได้มีสิ่งที่ยคอยให้ความช่วยเหลือให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ มาจากแหล่งสนับสนุน ภายนอก ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ลักษณะคือ (1) มีบุคคลใน หรือนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่เป็นผู้ที่สามารถไว้วางใจได้ และเป็นผู้ที่พร้อมที่จะให้ความรักได้เสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น (2) มีบุคคล ที่จะคอยบอก สอน หรือตักเตือน ถึงขอบเขต และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการทำอะไรต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ไม่ทำ ในสิ่งที่อาจนำ ปัญหา และความยุ่งยากมาสู่ตนเอง (3) มีบุคคลที่พร้อมจะให้กำลังใจ และสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง (4) มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นอย่าง สม่ำเสมอว่ากระทำต่าง ๆ ในทางที่ถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร (5) มีบุคคล หรือแหล่งที่ให้การดูแล ใน เรื่องของสุขภาพ การศึกษา รวมทั้งได้รับการและสวัสดิการทางสังคม และความปลอดภัย และ (6) มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง

2. สิ่งที่เป็น (I am) หรือ ความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) หมายถึง การที่มีความเข้มแข็งทางใจซึ่งเกิดจากภายในตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ลักษณะคือ (1) มีความสามารถที่จะรัก และเป็นที่รักของบุคคลอื่นได้ (2) มีอารมณ์ดี (3) มีการคิดพิจารณาวางแผน ในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง (4) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะ ยอมรับและยกย่องผู้อื่น (5) มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจ ต่อผู้คนรอบข้าง (6) มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำ และยอมรับผลของการกระทำ นั้น และ(7) มีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ

3. สิ่งที่สามารถ (I can) หรือ การจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (interpersonal and problem solving skills) หมายถึง บุคคลสามารถ สร้างสัมพันธภาพ หรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ลักษณะคือ (1) สามารถหาทางออก หรือ วิธีการใหม่ๆ (2) มีความมุ่งมั่นในงานที่ทำ อยู่จนกว่าจะสำเร็จ (3) มีอารมณ์ขัน เพื่อช่วยผ่อนคลาย ความตึงเครียดให้กับตนเอง(4) สามารถบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่น (5) สามารถจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (6) รู้จักที่จะเลือกจังหวะ และ เวลาที่เหมาะสมในการแสดงออก หรือการพูดคุยกับบุคคลอื่น (7) รู้ว่าจะขอความช่วยเหลือจาก ใครในเวลาที่เหมาะสม

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (2004) ร่วมกับการทบทวนเอกสารวิชาการ/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับกระบวนการพัฒนาโปรแกรม ใช้กระบวนการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้คู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2554) ตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา
- 2) การกำหนดกรอบแนวคิดโดยการถอดความรู้และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญร่วมกับคณาจารย์
- 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง
- 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ
- 5) การทดลองใช้ในระบบ
- 6) การขยายผล
- 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วย ให้ผู้ดูแลได้เสริมสร้างความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต สามารถที่จะเอาชนะ และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2 แนวคิด/ทฤษฎี

แนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจ หรือ Resilience หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังจากการพบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้ คนที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ คือ เป็นผู้ที่มีความทนทานทางอารมณ์มีอารมณ์ที่มั่นคงไม่อ่อนไหวง่าย ทนต่อความกดดันต่างๆได้ และเป็นผู้ที่มีกำลังใจ มีความมุ่งมั่นสูง เป้าหมาย ไม่ทอดถอยรวมถึงเป็นผู้ที่มีความสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูง จะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการ รียบหยัดในการเผชิญปัญหา วิกฤติมีความเชื่อมั่น ใช้ความสามารถภายในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะเผชิญกับภาวะคุกคาม ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถมีพลังทางด้านจิตใจ สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การวิจัยและพัฒนา หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยี สื่อ อุปกรณ์ รูปแบบ ระบบ วิธีการใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล เพื่อยกระดับคุณภาพของงานหรือคุณภาพชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2554) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตเรื่องที่ จะศึกษา การเลือกวิธีการรวบรวมข้อมูล การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลมากำหนดรายละเอียด เทคโนโลยีที่ต้องการพัฒนา
2. การกำหนดกรอบแนวคิด โดยการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง โดยการประยุกต์องค์ความรู้และใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการ ออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่ต้องการ
4. การทดสอบคุณภาพเทคโนโลยีสุขภาพจิต ในเรื่องความตรง ความเป็นปร นัย คุณภาพเชิงเทคนิค ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล อำนาจจำแนก ความยากง่าย ความเชื่อมั่น
5. การทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ เป็นการนำเทคโนโลยีที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ทางวิชาการแล้วลงดำเนินการเพื่อทดสอบคุณภาพของเทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ
6. การขยายผล เป็นการนำเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่ผ่านการทดลองใช้ในระบบจริงมาดำเนินการขยาย ผลในขอบเขตงานที่ใหญ่ขึ้น
7. การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเกิดการ พัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3.3 ข้อเสนอ

จากเหตุผลและความสำ คัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ ของ Grotberg (2004) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร วิชาการ/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้กระบวนการพัฒนาโปรแกรม 7 ขั้นตอนของกรม สุขภาพจิต (2554) ซึ่งมี กระบวนการ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท โดยสัมภาษณ์ ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 15 ราย และสัมภาษณ์ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเขียนร่างโปรแกรม

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตรวจสอบคุณภาพของ โปรแกรมฯ โดยนำโปรแกรมที่พัฒนา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำ โปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำโปรแกรมไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้า รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มี ลักษณะ เรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยไม่เคยหายสนิท จากอาการ ทางจิตตลอดชีวิต ความสามารถในการ ทำหน้าที่แย่ลง (Switaj et al., 2012) ดังนั้น โรคจิตเภทจึงเป็นหนึ่งในสิบ อันดับของโลกที่เป็น สาเหตุให้เกิดความบกพร่องหรือรุนแรงที่สุด คือ เป็นคนพิการทางจิตและพฤติกรรม

(Cemalovic, 2011) โรคจิตเภทพบความชุกถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadook & Sadock, 2007) และยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบจำนวน 1,029,884,1,080,303 ราย และ 1,080,512 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่สำคัญเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก (กรมสุขภาพจิต 2565) จะเห็นได้จาก สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีจำนวน 8,526 ราย 18,962 ราย และ 2,994 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2565) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากงานวิจัยมีการศึกษาอัตราค่าเจ็บในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบได้สูง ถึงร้อยละ 70 มีหลายสาเหตุ เช่น การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ขาดการดูแล ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่า ร้อยละ 25 ทำให้ต้องได้รับการดูแลและรักษาไปตลอดชีวิต การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึก ลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่น และตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น มาโนช หล่อตระกูล, 2558) ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ต้องได้รับการดูแลรักษานาน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากที่สุด

ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกนี้เกิดเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีอาการได้ (Piper, Lindsey, และ Dodd, 1987) จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแล ส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวได้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม (ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ 2562) โดยความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดเพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจได้ และสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มี ความผาสุกทางใจสูง จะเห็นได้ว่า พลังใจในกลุ่มผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการ เผชิญปัญหา และปรับตัวต่อความยากลำบาก กับภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

4.2. ขั้นตอนการดำเนินการ

แนวทางการพัฒนาโปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยและพัฒนาตามคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2554) มาประยุกต์ใช้ตามขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และ การทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรม

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย

1.1.1 ศึกษาข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา การดูแลผู้ป่วย และ สัมภาษณ์ถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความต้องการ

1.1.3 สัมภาษณ์ทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ จำนวน 15 คน เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงความต้องการของผู้ดูแล และกิจกรรมที่พยาบาลได้ให้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กิจกรรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากฐานข้อมูลต่างๆ หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูล สรุปผล และเขียนร่างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมา วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ มาร่างเป็นโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำมาสร้างโปรแกรม กำหนดโครงสร้างของโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย ชื่อกิจกรรม ระยะเวลา วัตถุประสงค์ สารสำคัญ ขั้นตอนกิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ และการประเมินผล

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยนำโปรแกรมที่พัฒนา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index:IOC) ใช้เกณฑ์ค่า IOC .60 ขึ้นไป ประเด็นที่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ประกอบด้วย ชื่อแผนกิจกรรมมีความสอดคล้องกับเนื้อหา เนื้อหาโดยรวมมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบกิจกรรมเหมาะสม จำนวนกิจกรรมในโปรแกรมเหมาะสม การจัดเรียงเนื้อหา มีความเหมาะสม ความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อหลัก ใช้ภาษาที่เหมาะสมอ่านเข้าใจง่าย วัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมเหมาะสมและเป็นไปได้ และระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละกิจกรรมเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภท ที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรม

ประชากร

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาใน ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท เข้ารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยโรคจิตเภท (F20.XX) โดยมีระยะเวลาการมีอาการทางจิต มากกว่า 5 ปีขึ้นไป และเข้ารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งทางใจ) ของกรมสุขภาพจิต (2552) ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ คือ 1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (อึด) จำนวน 10 ข้อ 2. ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ 3. ด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) จำนวน 5 ข้อ

การดำเนินการทดลองโปรแกรม

การดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะทดลอง และ ระยะประเมินผล

1.ระยะเตรียมการ แบ่งขั้นตอนการเตรียมการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 เตรียมทีมวิจัยทำความเข้าใจโปรแกรม วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการ ต่าง ๆ เตรียมสถานที่ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมการ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ คู่มือ

การใช้ และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมตามโปรแกรมฯ การเก็บข้อมูลวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย และแจ้งสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการถอนตัวออกจา กรโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ระยะทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ตามแบบประเมิน ความเข้มแข็งทางใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าโปรแกรมฯ หลังจากนั้นใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มตัวอย่าง

3. ระยะประเมินผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ t-test

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งเสริมผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. หน่วยงานมีแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 โปรแกรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิการได้รับ การคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ ข้าพเจ้า จะเกษียณอายุ ราชการใน ปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะ ส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่ง ผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้ กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ ผอ. อินทวิ ๒๖ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางผ่องพิศ อินทวิเศษ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 9 ธันวาคม 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ วิ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นางวิภาวี จันทมัตการ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 9 ธันวาคม 2565

ลงชื่อ ผอ. อธิคุณ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นางสาวจันทร์จิรา ธวัชสุวรรณ)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่ 9 ธันวาคม 2565