

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ

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 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ 2565 – 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติ ทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ การดูแลจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพในการดูแล จากสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเมื่อจำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 76.26 รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 23.92 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีจำนวนค่อนข้างมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา ขาดทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งผู้ดูแลไม่สามารถดูแลและเฝ้าระวังได้ตลอดเวลา เนื่องจากต้องทำงานและมีภาระงานอื่น ๆ อีก จึงต้องมีการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการบำบัด เช่น แนวคิดการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมถึงต้องมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ การทดลอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ วิจัย ติดตามประเมินผล พัฒนาเอกสารทางวิชาการ แนวปฏิบัติ คู่มือ โปรแกรมต่างๆ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนางานเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) จากความรุนแรงของพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ก่อให้เกิดรู้สึกเครียดวิตกกังวล เบื่อหน่าย โกรธ การแสดงอารมณ์ทางลบต่อผู้ป่วย การสื่อสารที่ขัดแย้ง มีปฏิสัมพันธ์กันน้อย

เช่น การใช้คำพูด น้ำเสียง กริยาท่าทางที่แสดงถึงความไม่พอใจหรือตำหนิ มีการแสดงความไม่เป็นมิตร และอาจมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งผู้ป่วย หรือบางรายอาจมีความกังวล ห่วงใย เอาใจใส่ที่มากเกินไป ดังนั้น การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง สามารถตอบสนองทางอารมณ์และมีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ (2561) ได้อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา 2) ด้านการสื่อสารในครอบครัว 3) ด้านบทบาทในครอบครัว 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม และ 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (General Function) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของวัญยาภิญญาคง (2562) ประกอบด้วยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การดูแลเรื่องอาหารและยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน ด้านการหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ และผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แนวคิดของการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (Mc Master Model, 2552) แนวคิดการบำบัดครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2561) แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต (2563) และนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning : PL) เป็นแนวคิดให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชด้วยเกณฑ์วินิจฉัย ICD -10 revision และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI - V) ของกรมสุขภาพจิต ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอบุพผิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ผู้วิจัยเลือก Test family เป็น F-tests และเลือก Statistical test เป็น ANOVA: Repeated measures, within-between interaction โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยหลายกลุ่ม (Difference between many means) ตามทฤษฎีของโคเฮน (Cohen, 1977 อ้างถึงใน นิธิรุพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, และ ญาดา นภาอารักษ์, 2562) ซึ่งเท่ากับ 0.25 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ สำหรับค่าพารามิเตอร์อื่นๆ ผู้วิจัยใช้ค่าที่เป็นค่าเริ่มต้นจากโปรแกรม ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 28 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย และกลุ่มควบคุม 14 ราย แต่เพื่อป้องกันการตกออก (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างเพิ่มมาอีก 6 ราย รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 34 ราย โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 ราย และกลุ่มควบคุม 17 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

ส่วนที่ 3 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Device : FAD) ตามแนวคิดของ McMaster Model of Family Function (MMFF) โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2561) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทครอบครัว การสนองตอบทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะทดลองและระยะประเมินและติดตามผล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 เตรียมทีมวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการและขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม และการแจ้งสิทธิส่วนบุคคลในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

2.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มให้มีจำนวนเท่ากันโดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่ใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง ผู้วิจัยได้จับคู่ตามความสัมพันธ์เป็นเครือญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ เช่น 25-35 ปี 36-50 ปี 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปี

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2.3 ให้กลุ่มทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามปกติ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินและติดตามผล

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองตามโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกับก่อนทดลอง

3.2 ติดตามผลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกับก่อนทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และค่าไคสแควร์ เพื่อดู homogeneity ของกลุ่มทดลองและควบคุม

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลัง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติอ้างอิง Paired sample t-test หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของการกระจายข้อมูลที่เป็นโค้งปกติ หรือเบ้ หากการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติใช้สถิติ pair t-test หากการกระจายข้อมูลไม่เป็นไปตามโค้งปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติอ้างอิง independent t-test หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของการกระจายข้อมูลที่เป็นโค้งปกติ หรือเบ้ หากการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติใช้สถิติ independent t-test หากการกระจายข้อมูลไม่เป็นไปตามโค้งปกติใช้สถิติ Mann Whitney U test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถ ของผู้ดูแลก่อนและหลัง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะติดตามผล 1 เดือน สถิติ Repeated measurement ANOVA โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 หากการกระจายข้อมูลไม่เป็นไปตามโค้งปกติ ใช้สถิติ Friedman Test

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

เป้าหมายของงาน

1. เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 1 เล่ม

2. เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 5

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. มีรายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 1 เล่ม

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านบุคลากร เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

6.2 ด้านหน่วยงาน มีแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวและขยายผลนำไปใช้ในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามการทำหน้าที่ของครอบครัว

6.3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างและอยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง อาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวันและเวลาที่กำหนด

9) ข้อเสนอแนะ

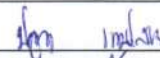
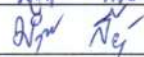
ผู้วิจัยควรประสานงานและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ให้เข้าร่วมกิจกรรมได้ตามวันและเวลาที่กำหนด

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวปลดา เหมโลหะ	10 %	
นางมัทฐวรณ์ ลียุทธานนท์	10 %	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ

ด้าน การพยาบาล

ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 2570

กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

ตำแหน่งเลขที่ 2609

กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2) หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชทั่วโลก ร้อยละ 17.00 หรือประมาณเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2563) และจากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด โดยพบมากในช่วงอายุ 26- 49 ปี รองลงมาอายุ 18-25 ปี และพบผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 (กรมสุขภาพจิต , 2563 อ้างถึงใน Fazel,2009) สำหรับในประเทศไทย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ของสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวนสะสม 13,194 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 คน (ร้อยละ 43.22) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) จำนวน 3,874 คน (ร้อยละ 30.36) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) จำนวน 2,213 คน (ร้อยละ 17.34) เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 56.80 รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 29.80 และสถิติผู้มารับบริการงานจิตเวช ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย SMI-V ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - มีนาคม 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11 ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน มีจำนวนสะสม 1,394 คน และจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำนวน 605 คน คิดเป็นร้อยละ 43.40 และแยกประเภทตามการวินิจฉัยพบว่า อยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มจิตเวชทั่วไป กลุ่มโรคจิตเภท และกลุ่มใช้สารเสพติดตามลำดับ

จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 76.26 รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 23.92 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วย SMI-V มีจำนวนค่อนข้างมากและมีแนวโน้มสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุดรองลงมาผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะ ครอบคลุม และมีความต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการบำบัดโดยมุ่งเน้นการจัดการอาการโดยการนำแนวทางการจัดการอาการ (symptoms management) ของ Dodd et al. (2001) มาใช้โดยจะเห็นได้จากการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ธิตารัตน์ คมิงเพียร, 2548; วิมลพร เกียรติคุณนันท์, รื่นฤดี ลิมฉาย, ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, และ วัลลภา กิตติมาสกุล, 2551) ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้มีการบำบัดการจัดการอาการหูแว่วมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เป็นการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งยังไม่ครอบคลุมอาการทางบวกด้านอื่น ๆ ประกอบกับโรงพยาบาล สวนสราญรมย์เป็นต้นแบบของการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (mindfulness in organization: MIO) ได้กำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรนำสติและสมาธิไปใช้กับตนเองและผู้ป่วย ซึ่งแต่ละหน่วยงานได้นำไปปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ กัน ผู้วิจัยในฐานะได้เข้าร่วมการฝึกอบรมในโครงการดังกล่าว จึงสนใจที่จะนำแนวคิดสติบำบัดไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนั้น หากมีการนำแนวทางการจัดการอาการ (symptoms management) ของ Dodd et al. (2001) มาบูรณาการร่วมกับสติบำบัด โดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness based therapy and counseling : MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2557) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีการจัดการอารมณ์ในทางที่เหมาะสม ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แนวทางการจัดการอาการ (symptoms management) ของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงองค์ประกอบของความสัมพันธ์ในการ จัดการอาการไว้ 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ เป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเน้นการจัดการอาการที่มีการคำนึงถึง ประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการแสวงหาการดูแลของ ตนเองจากการได้รับความรู้ การเสนอแนะหรือทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการอาการจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือก วิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจ จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติวิธีการจัดการอาการนั้นได้อย่างต่อเนื่อง และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะและสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างยั่งยืน

การจัดการอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ อาการของ บุคคลนั้น ๆ ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเป็นพลวัตรหรือเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยเมื่อประเมินพบอาการที่

ไม่สุขสบายของผู้ป่วย โดยอาศัยเครื่องมือในการประเมินอาการนั้นแล้วจะเริ่มประเมินเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจากการ สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และลดความวิตกกังวล จากนั้นจึงสอบถามถึง ประสบการณ์อาการ อาการไม่สุขสบายที่พบจาก โรคและการรักษาที่ได้รับ และวิธีการจัดการกับ อาการที่เกิดขึ้น ร่วมกับสอบถามความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา และสาเหตุและผลกระทบจาก อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิด และให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ โดยให้ความสนใจ ในการรับฟัง พร้อมทั้งแสดงความต้องการในการให้ความช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยปัญหา และความต้องการของตนเองมากขึ้น ซึ่งช่วยทำให้ พยาบาลได้รับทราบมุมมองการรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย และวางแผนให้ความช่วยเหลือได้ ถูกต้อง สอดคล้องกับความต้องการในการดูแล ตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่มีความ แตกต่างกันในแต่ละบุคคล 2. กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถใช้ในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบของอาการนั้นให้เกิดซ้ำที่สุุดตามเป้าหมายของบุคคลที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน คือ จะใช้วิธีใด ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน เหตุผลที่ใช้ ใช้อย่างไร ใช้กับใคร และใช้นานเท่าไร โดยวิธีในการจัดการอาการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการอาการ ด้วยการนำข้อมูลจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยมาใช้ในการปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และวิธีการจัดการอาการให้กับผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงของตนเองนำไปสู่การปฏิบัติวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองได้ง่ายขึ้น การฝึกทักษะการปฏิบัติวิธีการจัดการอาการร่วมกับพยาบาล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ เลือกใช้วิธีการจัดการอาการของตนเอง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการอาการได้ ตลอดเวลาจนกว่าผู้ป่วยจะพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติวิธีการจัดการอาการ และมีทักษะการ ดูแลตนเองที่จำเป็นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcome) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์ การมีอาการ และกลยุทธ์ในการจัดการอาการ โดยการประเมินผลจะประเมินจากการนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับการจัดการอาการร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะ ด้วยการพูดคุยและให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการปฏิบัติการจัดการอาการของตนเอง ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์หลังจากการจัดการอาการ และมีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงการ ปัญหาหรืออุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหาลำต้นของผู้ป่วยได้ ทำให้พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจและพึงพอใจในการที่จะปฏิบัติวิธีการจัดการอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดผลกระทบเชิงลบที่เป็นอันตรายในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม โดยผลลัพธ์ที่ได้จะสามารถประเมินได้จาก ระดับอาการ จะมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลประเมินความสม่ำเสมอของการปฏิบัติกิจซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงคุณภาพในการจัดการอาการได้โดยตรง

แนวคิด Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2002) ที่ได้กล่าวถึงกลไกการตอบสนอง ผ่านการทำงานของจิตในส่วน Being Mode เป็นการยอมรับเหตุการณ์อย่างเป็นตามจริง คือ การทำด้วยสติส่วน Doing Mode คือ ปฏิบัติการตอบสนองตามความเคยชินหรือเป็นนิสัย และถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดความคิดเชิงลบและ มีการปรับตัวที่ผิดปกติจนเกิดปัญหาทางจิตตามมา ซึ่งถ้าใช้แนวคิดนี้ร่วมกับโปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling : MBTC) ของยงยุทธ วงศ์ภมรย์ศานต์ (2016) ผสมผสานกับแนวคิดทางการแพทย์และจิตวิทยาจากกระบวนการพัฒนาทางสติและสมาธิ น่าจะช่วยแยกให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเสริมสร้างการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดสติบำบัดของยงยุทธ วงศ์กรมย์ศานต์ (2016) ใช้กระบวนการพัฒนาโปรแกรม 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต (2554) ซึ่งมีกระบวนการ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 20 แพ้ม สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสัมภาษณ์ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเขียนร่างโปรแกรม

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยนำโปรแกรมที่พัฒนา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรม

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. การบำบัดด้วยโปรแกรมจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอารมณ์ในทางที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ได้โปรแกรมการบำบัดเพื่อการจัดการอารมณ์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่า ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือนในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวพรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 8 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางวิภาวี จันทัดตุการ)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

วันที่ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

ลงชื่อ  (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นางสาวจันทร์จิรา วัชสุวรรณ)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่ ๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565