

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางกชกรินทร์ เจริญบุญ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 2965 กลุ่มงานผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2566 - 31 ธันวาคม 2566
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้

3.1.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ /ไม่สมหวัง/ความโกรธหรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม (ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย , 2547; สมภพ , 2542)

ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว

- 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด: ใช้คำพูดตำหนิ ตีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดในแง่ร้าย เสียงดัง ชูตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ วาจาหยาบคาย
- 2) พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกทางร่างกาย: มีสีหน้าบึ้งตึงแววตาไม่เป็นมิตร ท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะได้แก่
 - 2.1) พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ ทบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ ทบกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง
 - 2.2) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น หาเรื่องวิวาททำร้าย และละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการกีดกัน การผลัก และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ
 - 2.3) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง เช่น การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดื่มน้ำ จดไฟเผาตนเอง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย , 2547)

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้

-ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทาง สีหน้า บึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง

-ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลัน และการศึกษาประวัติจากญาติ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต มีหรือไม่อย่างไร

- 2) พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ และให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยรวมทั้งลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยลดเสียงดัง ลดแสงสว่าง ลดการที่มีคนพลุกพล่าน เพื่อลดสิ่งคุกคามความรู้สึกผู้ป่วย ตรวจค้นผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมิน พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระมัดระวัง และมีท่าทีสงบ อยู่ห่าง

ผู้ป่วยพอสมควร การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าวรุนแรง ควรตระหนักถึงช่องว่างระหว่างบุคคล และไม่ควรเข้าหาตัวผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคาม เรียกชื่อผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ ให้ยึดตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็น อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ อนุญาตให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเคลื่อนไหวภายในสถานที่ที่จำกัด (ห้องแยก) ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยถูกผูกยึด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดพยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่เพื่อลดความคับข้องใจ ความกลัว หรือการรับรู้การถูกคุกคาม การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม โดยจัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด และสิ่งที่ควรระวังในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยตามลำพัง ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรง เพราะคิดว่า พยาบาลจะเข้าจู่โจม ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าทีอะละอะละวาด ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ควรยืนทแยง ท่าทางของพยาบาลที่อาจจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การยืนท้าวสะเอว เหมือนวางอำนาจ / ยืนเอามือไขว่หน้า เหมือนกลัวผู้ป่วย / ยืน เอามือไขว่หลัง เหมือนซ่อนอาวุธ ไม่ใช่สายตาสองผู้ป่วยเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวยิ่งขึ้น

3.1.2 รูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล ปัจจุบันใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้และความสามารถของพยาบาลแต่ละบุคคล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลอาจไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งปัญหาการใช้กระบวนการด้านบุคคล คือ การขาดความรู้ การขาดทักษะ ไม่ชอบใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่วนปัญหาด้านระบบบริหารจัดการ คือ การไม่มีการนิเทศที่เป็นระบบ ไม่มีผู้ที่เป็นแบบอย่างในการใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนปัญหาด้านสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ การไม่มีรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และคู่มือ การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นอกจากนั้นยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันมีการใช้กระบวนการพยาบาล ไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องกระบวนการพยาบาลที่ต่างกันมีการใช้กระบวนการพยาบาลแตกต่างกัน (ดวงเดือน, 2544 ; สุธิดา, 2548) ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เห็นเป็นรูปธรรมและสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลได้ทุกขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่งานจิตเวชฉุกเฉิน ได้รับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยทั้งตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ คือ สิ่งที่น่ามาใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นความรู้ ข้อมูลหรือความเป็นจริงที่เป็นอยู่โดยผ่านการพิสูจน์ทางกระบวนการวิทยาศาสตร์ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ปัจจัยที่นำสู่การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล ได้แก่ ความกดดันของผู้ใช้และผู้ให้บริการทางสุขภาพ จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ทันสมัย ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ข้อตกลงในพระราชบัญญัติสุขภาพในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยสรุปแล้ว การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง ค้นหา ประเมิน ประยุกต์ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการให้การพยาบาล โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถตัดสินใจในการเลือกให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล ความคุ้มค่า และกำจัดหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้น

การช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การป้องกันการเกิดความรุนแรง (prevention of violence)

1.1 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม(Milieu Management) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อาจช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงได้ ซึ่งมีคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อม ดังนี้

-มีการตรวจตราสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัย นำวัตถุที่อาจใช้เป็นอาวุธออกจากสิ่งแวดล้อม(เช่น ของมีคม เชือก ขวด) ตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าปลอดอาวุธ สิ่งกีดขวางและเฟอร์นิเจอร์ของที่ญาติผู้ป่วยนำเข้ามา จัดเตรียมห้องแยกที่สงบเงียบและปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง ใช้อุปกรณ์ที่เป็นพลาสติกแทนแก้วหรือหลอด

1.2 เทคนิคการติดต่อสื่อสาร(communication skill) พยาบาลในหอผู้ป่วย สามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ถ้าใช้เทคนิคการติดต่อที่เหมาะสม ในการช่วยผู้ป่วยที่ เริ่มจะมีอาการโกรธ และก้าวร้าว สงบสติอารมณ์ลง พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีกิริยาสงบเยือกเย็น เคลื่อนไหวอย่างผ่อนคลาย แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และความพร้อม ที่จะช่วยเหลือ สบตาผู้ป่วย แต่ไม่จ้องหน้าทำท่าย เพราะอาจกระตุ้นอาการก้าวร้าว

ระดับที่ 2 การป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น (protection of patient and others) เป็นการ พยาบาลผู้ป่วยที่เริ่มเข้าสู่ Escalation Stage (มีการแสดงอาการก้าวร้าว) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วย ควบคุมตนเองได้และไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น พยาบาลยังคงใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล สุภาพ มั่นคง เปิดโอกาส ให้ ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ตั้งข้อจำกัดพฤติกรรม (limit setting) โดยการบอกให้ผู้ป่วยทราบ อย่างนุ่มนวล เมื่อ ผู้ป่วยแสดงกิริยาไม่เหมาะสม ต้องให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ในห้องที่สงบหรือให้ยาตามแผนการรักษา

ระดับที่ 3 การควบคุมพฤติกรรมรุนแรง(Violence Control) ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ซึ่งบุคลากร ทุกคนควรมีกรอบความรู้และทักษะในเรื่องนี้ และต้อง ตระหนักว่าใช้ในยามจำเป็นเท่านั้น

1.การแยก/จำกัดบริเวณ (Seclusion) หมายถึง การจำกัดอิสรภาพของผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายไป ใน ที่อื่นๆเป็นการบังคับให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบ สงบ ปลอดภัย โดยไม่มีการผูกมัด แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตให้ ออกจากห้องนั้น วัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ พฤติกรรมรุนแรงสงบลงและป้องกัน ไม่ให้ผู้ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2.การผูกมัด (Restraint) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าวรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง /ผู้อื่น หรืออยู่ในภาวะสับสน ที่อาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ การผูกมัด หมายถึง การใช้อุปกรณ์ เช่นผ้า ในการ จำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

3.การใช้ยาควบคุมอาการ (Medication) ในกรณีที่ผู้ป่วยก้าวร้าวและมีพฤติกรรมรุนแรงจนควบคุม ไม่ได้ พยาบาลต้องดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยากลุ่ม Benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์ระงับ เช่น Lorazepam หรือ Haloperidol เป็นต้น

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและไม่เหมาะสมมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และในแต่ละปีพบว่าประชากรมากกว่า 500,000 คน ที่เสียชีวิตจากการใช้ความรุนแรง (WRVH, 2002) โดยพบว่าปัจจัย หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้นมาจากผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอันดับ 1 ของการเกิดความรุนแรง หรือคดีอาชญากรรมเกิดจากผู้ป่วยจิตเภท (Fazel S.et al., 2005) นอกจากนี้ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และเป็นสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับ การ รักษาซ้ำเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน (กรมสุขภาพจิต, 2558) จากการศึกษาปัจจัย

ทางด้านจิตสังคมที่ทำให้ระดับความก้าวร้าวรุนแรงสูงขึ้นในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ 1) สภาวะด้านจิตใจ โดยพบว่าระดับความเครียดที่สูงขึ้น กระตุ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงขึ้น 2) การใช้สารเสพติด 3) พฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง และ 4) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Hughes, Riba & Glick, 1997)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตลอด 24 ชั่วโมง พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2563 มีจำนวน 1639 ราย ปี 2564 จำนวน 1145 ราย ปี 2565 จำนวน 946 ราย โดยสาเหตุหลักที่มารักษา คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (เวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2565) นอกจากนี้ จากการติดตามรายงานความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงสุดเป็นอันดับ 1 (บัญชีความเสี่ยง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2565)

หอผู้ป่วยแรกรับ เป็นหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ยุงยากซับซ้อน จากการติดตามความเสี่ยงประจำปี 2562 พบว่าการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เป็นความเสี่ยงที่มีการรายงานสูง อันดับ 4 จาก 5 อันดับ (บัญชีความเสี่ยง หอผู้ป่วยจามจุรี1, 2562) และในปี 2565 พบการทำลายทรัพย์สินของผู้ป่วย เป็นอันดับ 3 จาก 5 อันดับ และจากการติดตามตัวชี้วัด การได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่ ปี 2558 – 2559 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ได้แก่ ร้อยละ 0.17 และ 0.26 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในห้องผู้ป่วย และเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย และผู้อื่น รวมทั้งก่อให้เกิดความเสียหายในทรัพย์สินอีกด้วย ซึ่งในปัจจุบันการและบำบัดรักษา การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยังขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ไม่เป็นรูปธรรม ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The research and development) แบ่งขั้นตอนการศึกษาออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

- 1) ขั้นศึกษาเอกสารและสอบถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ขั้นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึก และการบันทึกเทป นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในขั้นนี้ เพื่อศึกษาประเด็นปัญหาของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของพยาบาล และนำมาสรุปกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช และนำผลไปร่างเป็นเครื่องมือเพื่อทดลองใช้ให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

- 2) ขั้นพัฒนาเครื่องมือวิจัย พัฒนาแบบสอบถามทั่วไปโดยผู้วิจัย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และ แบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต สำหรับเก็บข้อมูลโดยมีดัดแปลง โดยนำเครื่องมือไปหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาล ต่อไป ซึ่งค่าความเที่ยงต้องได้มากกว่า 0.8

- 3) ขั้นสร้างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ร่างเป็นรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ให้ครอบคลุม การจัดการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4) ขั้นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบฉบับร่างและปรับปรุง ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โครงสร้าง ความเหมาะสม กับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5) ขั้นนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ และ ขั้นประเมินผลรูปแบบที่ได้ไปใช้

1.เตรียมทีมและทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่

2.ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบฯ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

6) ขั้นประเมินผลรูปแบบ โดยการจัดประชุมเพื่อสะท้อนคิด ถอดบทเรียน และประเมินความพึงพอใจในภาพรวม

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1.ได้เป็นองค์ความรู้ใหม่ เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

2.ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากขึ้น

3.เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมก้าวร้าว

4.เผยแพร่การใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์แก่บุคลากรพยาบาลทั้งในและนอกพื้นที่ นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้ในทุกพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

5.บุคลากรผู้ดูแล ปลอดภัยจากการถูกทำร้าย

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1.หน่วยงานสามารถนำไปใช้ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย

2.ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

3.ตอบสนองนโยบายการพัฒนาคุณภาพการดูแล ของหน่วยงานในระดับตติยภูมิ ที่ดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน

4.ส่งเสริมวิชาชีพพยาบาลให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่ผ่านการทบทวนตามหลักของวิชาการ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1.เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ตามกระบวนการวิจัย จำเป็นต้องทบทวนเอกสาร งานวิจัย วิชาการต่างประเทศ ซึ่งต้องใช้ทักษะด้านภาษา ซึ่งผู้ขอรับการประเมินเอง มีทักษะด้านภาษาอยู่ในระดับปานกลาง จึงจำเป็นต้องมีที่ปรึกษาด้านวิชาการเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และ การทบทวนเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลงานวิจัยที่สามารถใช้งานได้ ปัจจุบันโรงพยาบาลไม่มีฐานข้อมูลเป็นของตนเองซึ่งต้องไปใช้ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัย

2.การพัฒนารูปแบบทางการแพทย์ ต้องมีความละเอียด รอบคอบ ต้องใช้เวลาในการทบทวนเอกสาร วิชาการ การนำลงสู่การปฏิบัติ ต้องนิเทศ ติดตาม พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไข จนกว่า พยาบาลวิชาชีพจะพึงพอใจ และถูกต้องตามหลักวิชาการ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง อาจมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ในการเข้ากลุ่ม Focus group

9) ข้อเสนอแนะ

1.เพื่อรองรับการก้าวสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ควรมีฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย

2.ควรผลักดันการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลวิถิใหม่ ทั่วทุกหน่วยงานและติดตามประเมินผลการใช้เพื่อปรับปรุงต่อไป

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-	-
-	-	-

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางภัสรินทร์ เจริญบุญ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 2965 กลุ่มงานผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2) หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและไม่เหมาะสมมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และในแต่ละปีพบว่าประชากรมากกว่า 500,000 คน ที่เสียชีวิตจากการใช้ความรุนแรง (WRVH, 2002) โดยพบว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้นมาจากผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอันดับ 1 ของการเกิดความรุนแรง หรือคดีอาชญากรรมเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช (Fazel S. et al., 2005) นอกจากนี้ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และเป็นสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาซ้ำเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน (กรมสุขภาพจิต, 2558) ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคมและชุมชน ด้านการจัดการอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ บางครั้งต้องจัดการกับอาการเอะอะ อาละวาดก้าวร้าว และด้านการบริหารยา ผู้ดูแลมีหน้าที่ในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงจนผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมยาให้เพียงพอและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา คอยเอาใจใส่และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา (Souansanhe, 2016) ซึ่งผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานก่อให้เกิดภาวะและภาวะวิกฤตต่อผู้ดูแลที่แตกต่างกันได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย ล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดลง บางครั้งต้องคอยเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วย และอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (Yoetpanya & Lueboonthavatchai, 2014) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ท้อแท้ วิตกกังวลในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง และหวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลบางรายรู้สึกอับอายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เครียดจากการถูกคุกคามทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยทำให้สูญเสียรายได้ ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ายา ค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Souansanhe, 2016) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีจิตความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง (Suwanmal, 2013) ผลกระทบด้านชีวิตส่วนตัวหรือความเป็นอิสระของบุคคล พบว่า ภาระที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาได้ ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ ในการดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง (Chimsuk, & Dangdomyouth, 2014) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลบางคนที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทจะรู้สึกว่าครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่เกือบตลอดเวลา ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกผิด

เศร้าโศก ท้อแท้ หดหู่ใจและสิ้นหวัง และผู้ดูแลบางคนเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากไสยศาสตร์ ส่งผลให้ผู้ดูแลหาทางช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณโดยการพาผู้ป่วยไปหาพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยกลับมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ (Thongsai, 2015) พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ดูแลมีความรู้สึกหวาดกลัว ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวังและไม่ปลอดภัยที่จะอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ร่วมด้วย เพราะกลุ่มผู้ดูแลที่เข้มแข็งจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ในเวลาที่ต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน แนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น อาศัยแนวคิด “พลังสุขภาพจิต” (resilience) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการกลับคืนสู่สภาพปกติ และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ภายหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่มนุษย์นำมาใช้เพื่อป้องกัน ปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา เพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ (Gertberg, 1995) ซึ่งพลังสุขภาพจิตมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึง ลักษณะที่เข้มแข็งภายในตัวของบุคคล คือ มีความเชื่อมั่น การมองเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบ ฉันมี (I have) หมายถึง การที่ฉันมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการแก้ปัญหา ดังนั้น จากปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ต้องประสบกับความจำเป็นต้องใช้พลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ปัญหา มีทัศนคติที่ดี มีความคิดเชิงบวก มีแหล่งสนับสนุน และสามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการแก้ปัญหา สามารถให้คุณค่าในตนเอง หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะมีผลให้มีความทนทานทางอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหว มีกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคสามารถจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านพ้นไปได้

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การศึกษครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ภายใต้อาสาสมัครของกรมสุขภาพจิต (2009) ซึ่งเชื่อว่า พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่จะกลับคืนสู่สภาพปกติ และดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม หลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก โดยพลังสุขภาพจิตจะเป็นพลังด้านบวกที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรู้เท่าทัน จัดการและควบคุมตัวเองได้เมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤต และความยากลำบาก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยายามฟื้นตัว ฝึกการควบคุมอารมณ์ รู้วิธีผ่อนคลายและจัดการกับอารมณ์ เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบัน มองส่วนดีที่มีอยู่ ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ด้านลบ และเพิ่มอารมณ์ทางบวก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Chorpnum, 2012) โดยพลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้านดังนี้

1.ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) เป็นการทนทานต่อแรงกดดัน โดยมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วยการปรับอารมณ์ และปรับความคิด

2.ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันมีพลังที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ประกอบด้วยการเติมศรัทธา การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง

3.ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) เป็นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยค้นหาสาเหตุของปัญหา ประกอบด้วยปรับเป้าหมาย และปรับการกระทำ

แนวความคิด

แนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น อาศัยแนวคิด “พลังสุขภาพจิต” (resilience) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการกลับคืนสู่สภาพปกติ และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ภายหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก เป็น

ลักษณะบุคลิกภาพที่มนุษย์นำมาใช้เพื่อป้องกัน ปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา เพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ (Gertberg, 1995) ซึ่งพลังสุขภาพจิตมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึง ลักษณะที่เข้มแข็งภายในตัวของบุคคล คือ มีความเชื่อมั่น การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความรับผิดชอบ ฉันมี (I have) หมายถึง การที่ฉันมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการแก้ปัญหา ดังนั้น จากปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ต้องประสบมีความจำเป็นต้องใช้พลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ปัญหา มีทัศนคติที่ดี มีความคิดเชิงบวก มีแหล่งสนับสนุน และสามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการแก้ปัญหา สามารถให้คุณค่าในตนเอง โดยพลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้านดังนี้

1.ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) เป็นการทนทานต่อแรงกดดัน โดยมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากหรือสถานการณ์ที่กดดันโดยไม่เสียสุขภาพจิต ประกอบด้วยการปรับอารมณ์ และปรับความคิด

2.ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันมีพลังที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ประกอบด้วยการเติมศรัทธา การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง

3.ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) เป็นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยค้นหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และเข้าถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ประกอบด้วยปรับเป้าหมาย และปรับการกระทำ

ข้อเสนอ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ตามเกณฑ์การจับคู่ (matching) คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบคือ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ และจัดกิจกรรม สำหรับกลุ่มทดลองและโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวัดผลด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติไคร้สแควร์ (Chi-square) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สามารถนำทักษะและประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ป้องกันตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา เพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความทนทานทางอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหว มีกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรค สามารถจัดการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ มีพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สามารถนำทักษะและประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 40 %

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมตสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
(นางภัสรินทร์ เฉลิมบุญ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 29 มีนาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
(นางสาวกนกวรรณ มหกรกิจ)
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล
วันที่ 3 เม.ย. 2566

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
(นางสาวนวลสกล เทพรักษ์)
(นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
วันที่ 4 เม.ย. 2566

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรอง 1 ระดับได้