

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมา ไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางจิรพันธ์ เอิบกมล

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ชุมชน 268,271,272,281,346,365 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยจิตเภท

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน เมษายน 2566 – ธันวาคม 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาหอผู้ป่วยแรกรับเป็นเวลา 29 ปี 1 เดือน โดยมีประสบการณ์ในการเป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 14 ปี ปัจจุบันเป็นรองหัวหน้าหอผู้ป่วยศรีธัญญา 6 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย ในทุกกลุ่มโรค มีประสบการณ์ในการเป็นเลขาคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ (ซึมเศร้า) ได้มีการจัดทำโครงการซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับโรคจิตเวชอื่นๆ มีการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชโดยจบการศึกษาในระดับปริญญาโทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างลึกซึ้งโดยมีการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งมีประสบการณ์ในการดูงาน ด้านการบำบัดรักษา พื้นฟูสุขภาพจิตที่ฮ่องกง

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย พืชจากยาหรือสารเสพติด หรือโรคของสมองที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่าๆกัน อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคอยู่ระหว่างวัยรุ่นตอนปลายกับวัยกลางคน โดยพบได้บ่อยในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5 – 1 (สมภพ เรืองตระกูล,2557) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่าง ๆ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย,2556) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทางจิตเวชขนาดใหญ่ที่พบสถิติในทำนองเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับรักษาในปี 2565 แบบผู้ป่วยนอกจำนวน 123,811 ราย เป็นเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 39,300 คิดเป็นร้อยละ 31.74 และผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 4,780 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 1,607 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.62 (รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา,2565) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชเนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรังมีความรุนแรง และพบมากที่สุด

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดตามลำดับ (สมภพ เรืองตระกูล,2557) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิดประสาทหลอน มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน รวมถึงการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม (ปัทมา ศิริเวช,2552) และพบว่าเมื่ออัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น

ซึ่งเกิดจากการใช้สุรา สารเสพติด ญาติไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ที่สำคัญคือผู้ป่วยไม่ร่วมมือเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดความตระหนักรู้ในการใช้ยาทางจิต (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2565)

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) คือความสามารถของบุคคลในการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ รู้สาเหตุและผลของอาการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง มีความมั่นใจในความมีคุณค่าและความสามารถของตนเอง (ทัศนีย์ สุริยะไชย, 2554) ความตระหนักรู้ในตนเองมีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงในเรื่องความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรมและยังช่วยให้บุคคลได้มองเห็นข้อบกพร่องหรือจุดอ่อนของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้อื่นได้ หากขาดความตระหนักรู้ในตนเองจะทำให้บุคคลขาดความรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง ขาดความตระหนักต่อผลกระทบของอารมณ์ตนเองที่มีต่อผู้อื่นซึ่งทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง และเป็นอุปสรรคในการตอบสนองต่อผู้อื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมซึ่งมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามมาได้ (ทัศนีย์ สุริยะไชย, 2554)

ความรู้ทางสุขภาพจิต เป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลที่ช่วยให้เกิดความตระหนักรู้ และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถและมีทักษะในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถรับรู้ความผิดปกติที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพจิต รู้แนวทางการรักษา รู้ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและการแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพ มีทัศนคติที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2563)

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

- 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ
- 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต
- 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง
- 4) ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ
- 5) ทัศนคติเอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม
- 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนหลังได้รับโปรแกรม (The pretest - posttest group design)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงร่างวิจัย และเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อพิจารณา นำผลพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมในคนเสนอต่อรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจง แผนการดำเนินการวิจัย

- 2) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือ ได้แก่
 1. โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท
 2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 3. แบบประเมินความตระหนักรู้ในตนเอง
- 3) จัดทำแผนการดำเนินการวิจัย
- 4) เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูลจำนวน 1 คน โดยชี้แจงบทบาทหน้าที่การเก็บข้อมูล วิธีการใช้แบบประเมิน จนกระทั่งเกิดความเข้าใจตรงกันและมั่นใจในการเก็บข้อมูลวิจัย
- 5) ทำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try - out) เพื่อดูความเหมาะสมและแก้ไขปรับปรุงก่อนที่จะนำไปใช้จริง พบว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงตามวัตถุประสงค์
- 6) เตรียมสถานที่ในการทำวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
- 7) ประชุมชี้แจงพยาบาลในหอผู้ป่วยถึงการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ขั้นตอนการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
- 8) ผู้วิจัยเตรียมคัดเลือกกลุ่มทดลองจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 24 คน กลุ่มทดลองต้องสมัครใจยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการดำเนินงานตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะก่อนการทดลอง

- 1) คัดเลือกกลุ่มทดลอง คัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดคือผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 - มกราคม 2567 คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน ทุกคนที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาที่จะใช้ การประเมินผลภายหลังดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ป่วย ความลับของข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูล
- 2) การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre - test) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลผู้ช่วยเก็บข้อมูลจะช่วยเหลือแบบทดสอบกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยแบบทดสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะดำเนินการ

กลุ่มทดลองจำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและพยาบาลจากหอผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดำเนินการทดลองในระหว่างช่วงเดือน มิถุนายน 2566 - มกราคม 2567 ในวันจันทร์ - ศุกร์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เวลาทำกิจกรรมช่วงเช้า 10.00 - 11.00 น. จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ระยะหลังการทดลอง

- 1) ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พยาบาลผู้ช่วยเก็บข้อมูลแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง
- 2) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

เป้าหมายของงาน

- 1) เพื่อให้ทราบว่าโปรแกรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักรู้ในผู้ป่วยจิตเภทได้จริง
- 2) เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภท
- 5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
ได้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานได้
- 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
 - 6.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วย นำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทและไปประยุกต์ใช้ในโรคทางจิตเวชอื่น ๆ
 - 6.2 ประโยชน์ต่อหน่วยงาน นำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท ไปใช้ในหน่วยงานและเผยแพร่ให้ผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
 - 6.3 ประโยชน์ต่อตนเอง ได้ศึกษาค้นคว้าพัฒนาตนเอง เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวช
- 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
 - 7.1 ระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยไม่นาน การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น
 - 7.2 การดำเนินงานวิจัยหลายขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินงานนาน
- 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ
ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องออกจากกลุ่มทดลองก่อนสิ้นสุดการทดลองทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น
- 9) ข้อเสนอแนะ
 - 9.1 การนำโปรแกรมไปใช้ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
 - 9.2 ควรเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท
- 10) การเผยแพร่(ถ้ามี)
 - ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
 - ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
 - ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 85 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอรพรรณ ปิ่นสุวรรณ	15 %	อรพรรณ ปิ่นสุวรรณ

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางจิรพันธ์ เอิบกมล

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

268,271,272,281,346,365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2) หลักการและเหตุผล

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกถึงความก้าวร้าวอาจเป็นการแสดงออกทางวาจาหรือการกระทำ เช่น การใช้วาจาที่รุนแรง หยาดคาย การด่าทอเสียดสี การใช้กำลังประทุษร้ายผู้อื่น ทำให้บาดเจ็บหรืออันตรายถึงชีวิต ล้วนนำมาซึ่งความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น สาเหตุอาจเกิดจากการถูกกดดันหรือรบกวนทางอารมณ์ ทำให้โกรธหงุดหงิดอาจจะแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมา ในผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรงที่แสดงออกมา อาจมีสาเหตุจากการขาดยา ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนหวาดแวงหรืออาจเกิดปัญหาจากด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า หากมีอาการมากๆ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (กานต์ จำรูญโรจน์,2561) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงอาจมีสาเหตุมาจากภาวะทางกาย เช่น การติดเชื้อในสมอง ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล การชักบางประเภท (ขจรวรรณ เขาวนกระแสนันธุ์,2560)

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้า โรคทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และโรคอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้าน พฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ เช่น ไม่นอน หงุดหงิดก้าวร้าวกับญาติทำร้ายญาติและผู้อื่น ทำลายข้าวของ รวมถึงทำร้ายตัวเอง ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต้องนำส่งโรงพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยก็ยังมีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในระยะแรกเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การตอบสนองต่อการรับรู้ที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอาการหูแว่ว หวาดระแวง ผลจากการใช้สารเสพติด การรู้สึกโกรธที่ญาติหลอกพามาโรงพยาบาลรวมถึงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เช่น เสียงดังรบกวน ความวุ่นวาย คำพูดที่ยั่วอารมณ์จากผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เต็มใจรักษาตัวก็จะรีบกลับบ้าน เมื่อไม่ได้ตามที่ต้องการก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมรุนแรง จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายผู้ป่วยอื่น รองลงมาเป็นพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูด พฤติกรรมส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว รองลงมาเป็นจิตเภทชนิดหวาดระแวง (มณฑาทิพย์ ชัยเปรม,2554)

จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (เมษายน 2565 - มีนาคม 2566) พบว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นความเสี่ยงที่มีอุบัติการณ์สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48 ของจำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด อุตการณ์ร้อยละ 82 เกิดนอกเวลาราชการซึ่งมีอัตราทำล้งน้อย การจำกัดพฤติกรรมจึงถูกนำมาแก้ปัญหา เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเองและผู้ป่วยอื่นรวมถึงบุคลากร การพยาบาล

ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังไม่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพและประสบการณ์ของพยาบาลในเวรนั้น ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นมา

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

พฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับความโกรธและพฤติกรรมรุนแรง โดยเมื่อบุคคลมีความโกรธแล้วไม่สามารถจัดการกับอารมณ์โกรธได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอาจแสดงออกทางคำพูด หรือทางพฤติกรรม ระดับความรุนแรงของความก้าวร้าวที่มากขึ้นจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นซึ่งอาจแสดงออกในรูปของการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ถ้าสามารถประเมินได้ตั้งแต่ระยะแรก และมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมก็จะลดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

ผู้ป่วยจิตเวชมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น จากความคิดหลงผิด การตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน การไม่ยินยอมรักษารวมทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกทั้งคำพูดหรือการกระทำที่แสดงถึงความโกรธแค้น ไม่เป็นมิตรซึ่งมักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากร (เครือวัลย์ ศรียรัตน์, 2558) ดังนั้นการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่เหมาะสมจึงมีประโยชน์อย่างยิ่ง การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลยุทธ์ (Stuart, 2009 อ้างในเครือวัลย์ ศรียรัตน์, 2558)

1. กลยุทธ์เพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้แก่

1.1 ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาล (Self – awareness) ก่อนให้การพยาบาล พยาบาลต้องตระหนักรู้ในตนเองก่อนเนื่องจากความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่ยินดียินร้าย ความรู้สึกเหนื่อยล้าจะทำให้ขาดความใส่ใจความรู้สึกผู้ป่วย ไม่รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และหากพยาบาลไม่มั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยพยาบาลจึงต้องมีการฝึกวิธีที่จะช่วยให้สามารถควบคุมตนเองได้

1.2 การฝึกการสื่อสารและบอกความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย เป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่ง เป็นการเรียนรู้ที่จะยับยั้งเบนความถูกต้องของตนเองอย่างมีเหตุผล มีการแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกและความเชื่อที่เหมาะสม แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา

1.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารขณะมีอารมณ์โกรธจะช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความโกรธและไม่ผิดที่โกรธหากมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม อาจมีการแสดงบทบาทสมมติใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง มีการหาวิธีการที่หลากหลายวิธีเพื่อจัดการกับอารมณ์โกรธ เช่น การเขียนบันทึก การดูโทรทัศน์

2. กลยุทธ์ในระยะที่คาดว่าจะเกิดพฤติกรรม มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่รบกวนยั่วแอ้อซึ่งอาจทำให้เกิดความรุนแรง มีกิจกรรมที่เหมาะสมที่จะช่วยลดความก้าวร้าว ใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสารด้วยท่าทีที่สงบไม่ใช้เสียงแข่งกับผู้ป่วย การใช้คำพูดที่นุ่มนวลสันนาระضب เน้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พยาบาลแสดงออกถึงการรับฟังรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และให้ความมั่นใจว่าพร้อมช่วยเหลือ ไม่กล่าวโทษหรือโต้เถียงกับคำแก้ตัวของผู้ป่วย หากมีความจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมต้องมีการจำกัดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม

3. กลยุทธ์ในระยะที่เกิดพฤติกรรมหรือการจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ต้องตัดสินใจโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรในทีม สมาชิกในทีมต้องมีการทำงานร่วมกันภายใต้คำสั่งของหัวหน้าทีม

หลังจากผู้ป่วยมีอาการสงบแล้วควรมีการพูดคุยค้นหาสาเหตุของการเกิดความเครียดและการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงเพื่อจัดการกับความเครียดและสิ่งกระตุ้นต่อไป

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ
- 3) ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย
- 4) ไม่มีข้อร้องเรียนจากญาติเรื่องพฤติกรรมรุนแรง

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง 1 ฉบับ
- 2) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับการดูแลความแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีระดับพฤติกรรมรุนแรงลดลงหรือไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง

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

ลงชื่อ อัมพร โอนภค (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางจิรพันธ์ เอิบกมล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ อรุณ งาม (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นางสาวรุ่งทิวา เกิดแสง)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ลงชื่อ มรรดา สุวรรณโพธิ์ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นางมรรดา สุวรรณโพธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้