

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางสาวนิตยา เชื้อโชติ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 1937 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงาน: ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง (Effects of social skill training on chronic schizophrenia patients)

2. ระยะเวลาดำเนินการ: ระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 - ตุลาคม 2566

3. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานความรู้ทางวิชาการ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในจำนวนโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Buchanan & Carpenter, 2005) องค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 26 ล้านคน หรือมีความชุก ร้อยละ 1 โดยมีความชุกชั่วชีวิต (life-time prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1 ของประชากรทั่วไป (World Health Organization [WHO], 2021) สำหรับประเทศไทยจากสถิติผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 273, 817 ราย 283, 065 ราย และ 284, 273 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) พบความชุกของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.1 (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) จากการศึกษา global burden of disease (GBD) ปี ค.ศ. 1990 พบภาระโรคจิตเภทเป็นอันดับที่ 10 คิดเป็น ร้อยละ 2.6 ของปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (year lost due to disability; YLDs) และโรคจิตเภทเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YDLs) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2562) ในประเทศไทยรายงานจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (Year Lived with Disability, YLDs) ของโรคจิตเภท จากปี 1990 ถึง 2019 พบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และค่อยๆ ลดลง ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยในปี 1990 เพศชายมี YLDs อยู่ที่ร้อยละ 2.25 และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปี 2008 และ 2009 ที่ร้อยละ 2.46 เท่ากัน และค่อยๆ ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 2.32 ในปี 2019 และในเพศหญิง ปี 1990 YLDs อยู่ที่ร้อยละ 1.76 และเพิ่มสูงสุดในปี 2007 และ 2008 ร้อยละ 1.96 และลดลงอยู่ที่ 1.82 ในปี 2019 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระงานในการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีระยะการดำเนินโรคเท่ากับหรือมากกว่า 2 ปี (American Psychiatric Association [APA], 2013) การป่วยเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยขาดสมดุลทางระบบประสาท มีปัญหาพฤติกรรมทางสังคม คือ สัมพันธภาพในครอบครัว และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมลดลงอย่างมาก (Swain et al., 2017)

ทักษะทางสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยถอยห่างจากสังคม พฤติกรรมทางสังคมที่เปลี่ยนไปที่มาพร้อมกับการเจ็บป่วยนี้โดยตรง คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม และความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งเป็นการด้อยค่าทางสังคม ถึงแม้จะมีการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัว และสังคมอีกครั้ง แต่โรคจิตเภทก็ยังเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตโดยรวมของตัวผู้ป่วย และด้านสังคมอื่นๆ ที่ยังคงมีอยู่ตลอดการเจ็บป่วยด้วย (Millier et al., 2014)

การรักษาด้วยยาเป็นพื้นฐานของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการด้านบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ และมีพฤติกรรมผิดปกติ มักเกี่ยวข้องกับความคิด และความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น ทำร้ายตนเองตามเสียงหูแว่วที่สั่งให้ฆ่าตัวตาย พูดคนเดียว อยู่ในท่าแปลกๆ ซ้ำๆ แต่อาการด้านลบที่เป็นอาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป ได้แก่ เก็บตัว ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่ดูแลตัวเอง ไม่นอน ไม่มีความคิดริเริ่ม ไม่ทำงาน ผลการเรียนหรือการทำงานตกต่ำ สีหน้าเรียบเฉย ไร้อารมณ์ ไม่มีอาการยินดียินร้าย อาการเหล่านี้ต้องรักษาด้วยยา และสังคมจิตใจ ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจะได้ผลในการรักษาที่ดีต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (APA, 2013) ถึงแม้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแล้ว แต่ถ้าหากมีอาการกำเริบซ้ำ จะทำให้การพยากรณ์ของโรคไม่ดี เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ การดูแลตนเองลดลง สูญเสียการรับรู้ และทักษะทางสังคมอย่างมากจนถึงถาวรได้ (Sadock et al, 2015; Dodel-Feder et al., 2015) ซึ่งการรักษาด้วยยาไม่สามารถทำให้ทักษะทางสังคมดีขึ้นได้ทั้งหมด ดังนั้นการบำบัดทางสังคมจิตใจด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จึงจำเป็นและมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูการทำงานทางสังคมของผู้ป่วย (Tsang & Lak, 2010)

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังว่า การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training: SST) ที่มีรูปแบบที่ชัดเจนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จะส่งผลดีต่อการทำงานทางสังคม (WHO, 2015) การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยอาศัยแนวคิดเรื่องของพฤติกรรมบำบัดด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Sadock BJ, 2015) Granholm และ Harvey (2018) ทำการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการฝึกจะต้องมีรูปแบบที่ชัดเจน อธิบายอาการด้านลบได้ มีแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมทักษะทางสังคมที่ชัดเจนจะทำให้อาการด้านลบดีขึ้น ส่งผลให้ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่ง Koujalgi และคณะ (2014) ได้นำเอารูปแบบการฝึกทักษะทางสังคมมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พูดน้อย แยกตัวเอง ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน พบว่า SST สามารถปรับปรุงการสื่อสารและเพิ่มทักษะทางสังคมของผู้ป่วยได้ ดังนั้น SST จึงถูกเลือกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อช่วยทำให้ความบกพร่องด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น (Barzegar et al., 2016) และTungpunkom et al. (2012) ได้ศึกษาวิเคราะห์ในเชิงระบบการบำบัดด้วย life skills programs (LSP) พบว่าทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น 4.33 เท่า และโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมในการสร้าง

สัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมในการทำงาน การร่วมกิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมยามว่างเพิ่มขึ้น (สิริวิภา ธรรมศิริ, 2556) จิตารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะด้านสังคม และการสื่อสารร่วมกับการใช้เบียร์รถของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถทำให้ทักษะด้านสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ลดอาการทางลบ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเช่นเดียวกันกับโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เปรียบเทียบกับกลุ่มปกติทำให้ทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และมีอาการด้านลบลดลง (ศิริลักษณ์ ประม, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้นสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และช่วยลดอาการทางลบได้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น และพัฒนาไปสู่การดำรงชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเองจากข้อมูลของเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังคงค้างอยู่ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีจำนวน 96 คน 93 คน และ 86 คน ตามลำดับ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลายาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยของทักษะในการดำรงชีวิต รวมถึงขาดทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2564 ที่ผ่านมา กลุ่มงานจิตเวชชายเรื้อรังได้ให้การฝึกทักษะทางสังคมผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 28 คน ด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามเทคโนโลยี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกรมสุขภาพจิต (2547) ผลการประเมิน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 และค่าคะแนนเฉลี่ยเท่าเดิม ร้อยละ 85 ซึ่งผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความบกพร่องของทักษะทางสังคมอยู่ แม้ว่าส่วนใหญ่จะสามารถคงสภาพของผู้ป่วยได้ แต่เพิ่มทักษะได้เป็นส่วนน้อย จากการทบทวนและวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาต่อเนื่อง พบข้อจำกัด และอุปสรรคหลักๆ อยู่ 2 ข้อ คือ 1) โปรแกรมที่ใช้ในการฝึกทักษะไม่ทันสมัยใช้มายาวนานเกือบยี่สิบปี กระบวนการเนื้อหาอุปกรณ์บางส่วนของโปรแกรมไม่สอดคล้องกับบริบทของยุคสมัยที่เปลี่ยนไป ยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ ไม่มีการปรับปรุงประยุกต์หรือพัฒนาโปรแกรม และไม่มีการศึกษาวิจัยผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานมีความเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะเรื่องความคิด ความจำ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนอ่านไม่ออก และเขียนไม่ได้ จึงไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมในโปรแกรมที่มีการอ่าน และการเขียนได้ จากเหตุผลที่กล่าวมานั้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังคงมีความบกพร่องของทักษะทางสังคมอยู่ ถึงแม้ว่าจะได้รับการฝึกทักษะทางสังคมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกรมสุขภาพจิตก็ตาม

ดังนั้นเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทุกคนให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพ ญาติเกิดความเชื่อมั่นสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถจำหน่ายได้ก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้อย่างปกติสุข ผู้วิจัยจึงจะนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและตรวจสอบเนื้อหาเชิงโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาทดสอบในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง

4. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง ด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพตามเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกรมสุขภาพจิต (2547) นั้น พบว่าผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในทักษะทางสังคมถึง ร้อยละ 85 เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ไม่ทันสมัย ใช้มายาวนานเกือบยี่สิบปี กระบวนการ เนื้อหา อุปกรณ์บางส่วนของโปรแกรมไม่สอดคล้องกับบริบทของยุคสมัยที่เปลี่ยนไป และผู้ป่วยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่สามารถเข้าร่วมทุกกิจกรรมในโปรแกรมได้ ดังนั้นเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คณะผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง มาปรับปรุง และประยุกต์โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยตามยุคสมัย และผู้ป่วยสามารถฝึกได้ครบทุกกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมต่อการเพิ่มทักษะทางสังคม และลดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายเรื้อรัง อายุ 18 - 59 ปี ที่รับไว้รักษาในกลุ่มงานจิตเวชชายเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 28 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และแบบประเมินอาการทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Symptom Scale: PANSS - T) ประเมินผลลัพธ์ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ และติดตามผล 1 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย ร้อยละคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ผลทดสอบจาก Kolmogorov - Smirnov One - sample - test และนำมาทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4.2.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง

4.2.1.1 พัฒนาโครงร่างการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดำเนินการในเดือน สิงหาคม 2565 - เมษายน 2566

4.2.1.2 ขอเสนอการรับรองอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการในเดือน พฤษภาคม 2565 และขออนุมัติดำเนินการวิจัย ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

4.2.1.3 ปรับปรุงโปรแกรม และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง นักสังคมบำบัด และจิตแพทย์ จำนวน 3 คน และ try-out เครื่องมือ ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566

4.2.1.4 ประชุมนักวิจัยเพื่อเตรียมการวิจัย และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2566

4.2.1.5 เตรียมผู้บำบัดในกลุ่มทดลอง ผู้บำบัดหลักของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม จำนวน 3 คน คือ นางสาวนิตยา เชื้อโชติ นางวิศรุตฯ ชันรักษา และนางสาวศิวะพร ไชยชนะ เป็นพยาบาลจิตเวช

ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดทางสังคมจิตใจมากกว่า 10 ปี ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

4.2.1.6 เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน คือ นางมยุรี บุญหยาด และนางวรรณ มิ่งบุญ สำหรับ ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยทั้ง 2 คน เป็นพยาบาลจิตเวชที่ไม่ได้ทำการบำบัดตั้งแต่แรก จนถึงสิ้นสุด การทดลอง ซึ่งเครื่องมือนี้ผู้ช่วยนักวิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการบริการงานประจำ ดำเนินการในเดือน สิงหาคม - กันยายน 2566

4.2.1.7 เตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด ที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เตรียมห้องสำหรับใช้ในการทำกลุ่มบำบัดที่มีความเป็นส่วนตัว สามารถระบายอากาศได้ดี ไม่มีเสียง แสง หรือกลิ่นที่เป็นอุปสรรคในการทำกลุ่ม ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

4.2.2 ขั้นตอนการทดลอง

4.2.2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การรับเข้าร่วม โครงการวิจัย จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ และสอบถามความสมัครใจ ในการเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการบำบัด และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และทำการประเมินผู้ป่วยด้วย แบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และประเมินอาการด้วย PANSS - T ก่อนการทดสอบเบื้องต้น ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

4.2.2.2 ทำการประเมินก่อนการทดลองด้วยด้วยแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวชและประเมินอาการ PANSS-T โดย นางมยุรี บุญหยาด และนางวรรณ มิ่งบุญ ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

4.2.2.3 ทำการทดสอบด้วยการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองได้รับการฝึก ทักษะทางสังคม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้บำบัดหลัก ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม 2566

4.2.2.4 ประเมินหลังเสร็จสิ้นการทดสอบ 1 สัปดาห์ และติดตามผลอีก 1 เดือน ด้วยแบบ ประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และประเมินอาการ PANSS-T โดย นางมยุรี บุญหยาด และ นางวรรณ มิ่งบุญ ดำเนินการในเดือน สิงหาคม - กันยายน 2566

4.2.1.5 วิเคราะห์ผลการศึกษาและสรุปผลการวิจัย ดำเนินการในเดือน กันยายน 2566

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะด้าน สังคมเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 30

4.3.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของอาการ ทางลบลดลง ร้อยละ 30

4.3.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ได้แก่

ด้านบริการ ทีมสหวิชาชีพสามารถนำโปรแกรกดังกล่าวมาใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วย

จิตเภทเรื้อรังชายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคมและลดอาการทางลบ

ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถพัฒนาต่อยอดการวิจัย เพื่อนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ไปปรับปรุงใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังหญิงหรือกลุ่มอื่นๆ ได้

ด้านการศึกษา กรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถนำโปรแกรมห้ไปพัฒนาหลักสูตรอบรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไปขยายผล โดยการอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำโปรแกรมห้ไปใช้ในการบำบัดทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังต่อไป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย

9. ข้อเสนอแนะ

อยู่ระหว่างดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย

10. การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11. การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิวะพร ไชยชนะ	สัดส่วนร้อยละ 15	ศิวะพร
นางวิศรุตตา ชันรักษา	สัดส่วนร้อยละ 5	วิศรุตตา

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล นางสาวนิตยา เชื้อโชติ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน การพยาบาล ระดับ ชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 1937 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

1. ชื่อผลงาน : ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (Effects of cognitive flexibility and inhibition control recovery program on coping in patients with schizophrenia in Prasimahabodi Psychiatric Hospital)

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความบกพร่องในกลไกการรู้ คิด จากการขยายตัวของโพรงสมองที่บริเวณสมองส่วนกลาง ทำให้มีความบกพร่องในการควบคุมแรงกระตุ้นฉับพลัน แสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถบอกความคิด ความต้องการของตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าเหตุผล ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน (Smelser & Baltes, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถคิดยืดหยุ่นและไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้กระบวนการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียด ไม่มีประสิทธิภาพ (Zhu et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2019) โรคจิตเภทเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จะมีอาการอะออะ อาละวาด ก้าวร้าว ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน แยกตัว ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำ (Sadock & Sadock, 2000) ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หากอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และตนเอง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555)

เพื่อเป็นการป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทและสังคม ได้มีการนำแนวคิดในการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นมาสร้างเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จะช่วยฟื้นฟูกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการฝึกทักษะการจัดการกระบวนการคิด การเรียนรู้ รวมทั้งการคิดยืดหยุ่น ที่ถูกต้องร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมที่เป็นปัจจุบัน และส่วนการยับยั้งพฤติกรรมมีแนวคิดการควบคุมตนเองให้เหมาะสมได้เมื่อเผชิญปัญหา (Rosenbaum, 1980) ยับยั้งพฤติกรรม และลดอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (Sampogna et al., 2018) จะเป็นการเตือนตนเอง การแก้ปัญหาควบคุมตนเองและรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรมให้เหมาะสมได้เมื่อเผชิญปัญหา ซึ่ง อรษา ฉวาง และคณะ (2564) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วย

โรคจิตเภทไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

จากสถิติการบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 54.07, 49.73 และ 52.12 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2565) ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 33 จากสาเหตุที่มาจากตัวผู้ป่วยเอง ที่มีความเครียด หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก พบว่าเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคิดยืดหยุ่น และไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้กระบวนการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเรื้อรัง, 2565) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรมอย่างเหมาะสม คณะวิจัยจึงนำโปรแกรมการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งพัฒนา โดย อรษา ฉวาง และคณะ (2564) มาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) เมื่อไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) จะทำให้ทักษะทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอาการทางจิตดีขึ้น แต่กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ร้อยละ 33 ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการควบคุมแรงกระตุ้นฉับพลัน การแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าเหตุผล ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถทำงานหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าหากนำโปรแกรมการฟื้นฟูฯ มาทดสอบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการบริการ แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อาจจะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมพฤติกรรมให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.2 แนวความคิด โปรแกรมการฟื้นฟูฯ อรษา ฉวาง และคณะ (2564) ได้พัฒนาตามแนวความคิดการบำบัดฟื้นฟูการรู้คิดของ Wykes & Reeder (2005) ที่เชื่อว่า กระบวนการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถฟื้นฟูได้ด้วย การฝึกทักษะของสมองส่วนหน้าให้จัดการกระบวนการคิด การเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรมที่ถูกต้องร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม และแนวความคิดการควบคุมตนเอง (self-control) ของ Rosenbaum (1980) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้เกี่ยวกับการเตือนตนเอง การแก้ปัญหาการควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถควบคุมพฤติกรรมให้เหมาะสมได้เมื่อเผชิญปัญหา

3.3 ข้อเสนอ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูฯ มี 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับรู้ผลกระทบจากพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วย

การคิดยืดหยุ่น และการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 2) การทบทวนประสบการณ์การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการเสริมสร้างความภาคภูมิใจ 3) การฝึกความอดทน และการจัดการต่อปัจจัยกระตุ้น 4) การจัดการความเครียด 5) การใช้ความคิดเชิงบวกในการเผชิญปัญหา 6) การยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น และการตัดสินใจทางเลือก 7) การบูรณาการการคิดเชิงบวก/ การยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น/ การตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม และการควบคุมตนเองไปใช้ในการแก้ปัญหา และ 8) การแสวงหาประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และทบทวนการเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ทำการบำบัดทุกวัน วันละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา ครั้งละ 90 - 120 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ด้วยแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหา มีการประเมิน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติ Wilcoxon signed-ranks test ก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข จากข้อเสนอของการนำไปโปรแกรมการฟื้นฟู ไปใช้ ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้ และมีการสั่งสมประสบการณ์สม่ำเสมอ จึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้นก่อนการทดสอบ คณะผู้วิจัยจะทำการทดลองใช้โปรแกรมนี้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท และอัด VDO supervision ให้กับเจ้าของโปรแกรม จนผลของผู้บำบัดมีค่า internal reliability ไม่ต่ำกว่า 0.85

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีโปรแกรมการฟื้นฟูการคิดยืดหยุ่นร่วมกับการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง หยุดการกระทำ และความคิด สามารถเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4.2 พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาด้วยการยับยั้งพฤติกรรมต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15

5.2 อัตราการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ลดลง ร้อยละ 15

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิการได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน แต่ต้องไม่หลังวันเกษียณอายุราชการ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

(นางสาวนิตยา เชื้อโชติ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่...24...เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(นางไพรัตน์ ชมภูบุตร)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล

วันที่ 24 พ.ค. 2566

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)

(นายประภาส อุครานันท์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

วันที่.....

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้