



ประกาศกรมสุภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๐๒ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวพิชญา บัวรุ่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๒๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๔๒๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอาการทางบวกหลงเหลือ	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ทางบวกที่หลงเหลือต่ออาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภท
๒.	นางสาวพันธุ์ทิพย์ ยมสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย	การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างการฝึกทักษะชีวิต ที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
๓.	นางสาวพรชนก จุมพิศ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๔๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๔๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพ ผิดปกติแบบก้ำกึ่ง : กรณีศึกษา	การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีบุคลิกภาพ ผิดปกติแบบก้ำกึ่ง

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล	นางสาวพันธุ์ทิพย์ ยมสิทธิ์
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 328	กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล
หน่วยงานโรงพยาบาลศรีธัญญา	กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 17 ธันวาคม 2564 – 30 ธันวาคม 2564

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. โรคซึมเศร้า ปัจจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าและการบำบัดรักษา
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
3. กรณีศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
4. การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารวมกันกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 3.8 ต่อประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับว่าเป็นโรคที่สร้างภาระ โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีชีวิตอยู่จากการเจ็บป่วยหรือพิการ (Year Live with Disability; YLDs) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 1 หากพิจารณาจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year ; DALYs) พบว่าโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับ 3 และจากการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2030 จะขึ้นมาเป็นอันดับ 1 ภาวะซึมเศร้าในไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเกือบ 1 ล้านคน (World Health Organization, 2021 อ้างใน ทิพการวรรณ คำโท , 2559)

สำหรับสถานการณ์ โรคซึมเศร้าในประเทศไทยนั้น จากสถิติรายงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 355,537 353,267 และ 359,737 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) และสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีจำนวน 23,177 20,466 และ 20,817 รายตามลำดับ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีจำนวน 413 267 และ 225 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) และข้อมูลของหอผู้ป่วยหญิง 8 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองเข้ารับบริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 801 1,288 และ 1,317 รายตามลำดับ สรุปได้ว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่ม

จำนวนขึ้นและมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นตาม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ และความรุนแรงของปัญหาที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ อาการสำคัญได้แก่ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า (Depression) ซึ่งจะแสดงอาการ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ท้อทาง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และ ศุภกิจ เจริญสุข ,2557) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)(Sadock , 2007 อ้างในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสมาธิ การตัดสินใจ และความจำไม่ค่อยดี และอาจมีพฤติกรรมจากความผิดปกติทางจิตด้วย ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกผิด การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความโกรธ ความสิ้นหวัง จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมากยิ่งขึ้น (อัจนราพร สิริหิรัญวงศ์,ประภา ยุทธไตร ,พวงเพชร เกสรสมุทร และวารินทร์ ถาน้อย ,2557)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงสนใจที่จะเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเพื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค อาการ และการรักษาพยาบาล รวมถึงการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะทางด้านการพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยหญิง 8 และได้รับวินิจฉัยการเป็นโรคซึมเศร้าและมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกผลประโยชน์ที่จะได้รับ อธิบายทำความเข้าใจ และ ตกลงบริการร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา
3. รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ปรีक्षाแพทย์เจ้าของไข้ ทีมสหวิชาชีพ และทีมที่ให้การพยาบาล
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
5. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประเมิน วิเคราะห์ สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และวินิจฉัยทางการพยาบาล
6. วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

7. ลงมือปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผล

8. วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว เตรียมผู้ป่วย และญาติก่อนกลับบ้านด้วยใช้หลักการ

D-M-E-T-H-O-D

9. สรุปการบำบัดรักษากรณีศึกษาทั้งหมด รวบรวมเอกสาร และจัดทำรูปเล่ม

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทยวัยรุ่น รูปร่างสูงใหญ่ ผิวสีดำนาง อายุ 17 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2564 ด้วยอาการเศร้า คิดอยากตาย ทำร้ายตัวเองซ้ำๆ มากขึ้น ในช่วง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่า เริ่มป่วยทางจิตครั้งแรก เมื่อประมาณเดือน กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการเศร้า คิดอยากตาย กินยาเกินขนาด 1 ครั้งต่อเดือน ติดกันทุกเดือนจนถึงปัจจุบัน ยังมีเศร้า คิดทำร้ายตัวเอง นอนไม่หลับ ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อาการไม่ทุเลา ญาติจึงขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะมีทั้งการรักษาทางกายภาพด้วยยา และการรักษาทางด้านจิตสังคม

จากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ การซักประวัติ การสังเกตพฤติกรรม การบันทึกรายงานของพยาบาลในหอผู้ป่วย และการประเมินความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามลำดับดังนี้

1. มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ
2. การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
3. สัมพันธภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ
4. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตัวเองที่เหมาะสม

ในสัปดาห์แรกช่วงวันที่ 1-3 ของการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยยังมีสีหน้าไม่แจ่มใส เศร้า มีความคิดทำร้ายตัวเอง มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองแต่ไม่รุนแรงโดยใช้วิธีการหยิกตัวเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q พบว่าให้คำตอบ “มี” ทั้ง 2 ข้อ และมีค่าคะแนนซึมเศร้าระดับรุนแรง ประเมิน $9Q = 23$ คะแนน, $8Q = 29$ คะแนน ให้การพยาบาลสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยถามให้ความสนใจและร่วมมือ เล่าเรื่องราวของตนเองได้ตรงประเด็น มีความไว้วางใจเปิดเผยข้อมูลของตนเองได้มากขึ้น ขณะถามเรื่องการเจ็บป่วยและสาเหตุที่ได้มาอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยังรู้สึกเศร้า กังวลใจเรื่องครอบครัว และคิดว่าคุณค่าในตัวเองลดลงจากการเพ่งรู้ว่าตนเองมีน้องสาวต่างมารดา

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉย พูดคุยถามตอบได้ตรงประเด็น ยิ้มแย้มทักทายกับพยาบาล ไม่มีอารมณ์เศร้า ปฏิเสธความคิดทำร้ายตนเอง นอนหลับได้ ให้การพยาบาล โดยเน้นเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง แนวทางในการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลังให้กิจกรรมการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถบอกถึงแนวทางการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการแก้ปัญหาได้เหมาะสม โดยเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้ป่วยจะพูดคุยกับมารดา และผู้ป่วยมองตนเองด้านบวกมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้นมากเนื่องจาก

ครอบครัวได้เดินทางมาเยี่ยมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พยาบาลได้พูดคุยกับญาติเกี่ยวกับอาการและโรคของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการรักษาและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ญาติยอมรับและมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการเศร้าลดลงอย่างมาก มีค่าคะแนนซึมเศร้าลดลง ประเมิน 9Q = 12 คะแนน, 8Q = 13 คะแนน แพทย์เข้ามาตรวจเยี่ยมประเมินอาการ ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง อนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มารดามารับผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 30 ธันวาคม 2564

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลลัพธ์การดูแลจากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้ารายนี้ ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 17 ธันวาคม 2564 – 30 ธันวาคม 2564 รวมระยะเวลา 14 วัน จากการให้การบำบัดรักษาในด้านต่างๆ และได้ให้การพยาบาลจิตเวชอย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นองค์รวม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษาต่างๆ ให้การพยาบาลโดยเน้นเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง แนวทางการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้น วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้เข้าใจเกี่ยวโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดียอมรับเข้าใจให้การดูแลผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถใช้ชีวิตในสังคมโดยปกติสุข ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ โดยผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 90 วัน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีความคิดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าลดลง มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้
3. มีได้แนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ นำไปใช้กับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยรายนี้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายนี้ พยาบาลต้องเตรียมความรู้เกี่ยวโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาวางแผนให้การพยาบาลกรณีศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้โดยเฉพาะ
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายนี้น้อยในช่วงวัยรุ่น อาจจะมีการสื่อสารที่ไม่เข้าใจตรงกันเนื่องจากมีการใช้ภาษาวัยรุ่นสมัยใหม่ จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมากในการสื่อสารความหมายให้เข้าใจตรงกัน
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายนี้ในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังที่อาการยังอยู่ในช่วงรุนแรง จะค่อนข้างแยกตัว ไม่พูดคุยกับใคร และเป็นการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกทำให้การสร้างสัมพันธภาพเป็นไปได้ช้า ตัวผู้ศึกษาจึงต้องนำทฤษฎีในการสร้างความไว้วางใจมาช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. มีข้อจำกัดในการรักษาแบบผู้ป่วยใน แพทย์จำเป็นต้องพิจารณากลับบ้านก่อนกำหนด เพราะผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงวัยเรียนและกำลังศึกษาอยู่ ไม่สามารถเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้เป็นระยะเวลานานาน ซึ่งจะ มีผลกระทบต่อ การเรียน

2. ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ยังพบว่าญาติและคนใกล้ชิด ยังขาดความเข้าใจในอาการของ ผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ญาติและคนใกล้ชิดมักจะ รู้สึกว่าทำไมผู้ป่วยต้องเศร้า ไม่สู้ ไม่เข้มแข็ง และพุดคุยให้กำลังใจ ให้สู้ด้วยความ เป็นห่วง เหล่านั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ คุณค่าในตัวเองลดลง เกิดภาวะเศร้าและรู้สึกท้อใจมาก ด้วยญาติและคนใกล้ชิด ยังขาดความรู้ความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจรวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและฮอร์โมนต่างๆในสมอง ซึ่งหากได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอาการต่างๆ แล้วจะค่อยๆดีขึ้น และหายจากการเจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้

9) ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงมาก ภายหลังจำหน่ายควรมีการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่าย และควรมีแนวทางในการติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และหลังจากนั้นควรมีความติดตามเยี่ยม อย่างสม่ำเสมอ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ซึ่งคาดว่าจะช่วยป้องกันพฤติกรรม การฆ่าตัวตายได้

2. การเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเตรียมความพร้อมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยเริ่ม เตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น อาการของโรคซึมเศร้าแนวทางการรักษา ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรืออาการกลับมาเป็นซ้ำ การสังเกตอาการเตือน การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการ ข้างเคียงของยา รวมทั้งการจัดเก็บอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงสามารถนำไปทำร้ายตัวเองได้ให้ห่างไกลจากผู้ป่วย ด้วย ญาติควรดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และเข้าใจในข้อจำกัดต่างๆที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง ที่เกิด จากความเจ็บป่วย มีทักษะการสื่อสารเชิงบวกเนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญมาก หากผู้ป่วยเข้าใจว่าการสื่อสารของญาติที่มีต่อผู้ป่วยเป็นด้านลบ หรือระหว่างผู้ป่วยและญาติไม่สามารถบอก ความรู้สึกความต้องการที่แท้จริงได้ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล	นางสาวพันธุ์ทิพย์ ยมลิทธิ
ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 328	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการกักการพยาบาล
หน่วยงานโรงพยาบาลศรีธัญญา	กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการฝึกทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2) หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งนำมาสู่ปัญหาการทำหน้าที่ของบุคคลที่ผิดปกติและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) โรคซึมเศร้าจัดอยู่ในอันดับหนึ่งของโรคที่ทำให้สูญเสียความสามารถมากที่สุดในโลก (World Health Organization, 2019) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการในด้านร่างกายคือ นอนหลับยาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการในด้านอารมณ์คือ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่า หดหู่ อาการในด้านพฤติกรรมไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี การเข้าถึงคounseling หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และในด้านของความคิด จะมีความคิดทางลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต การคิดและการตัดสินใจเชิงซ้ำ สมมติไม่ได้ และมีความคิดอยากตาย (สายฝน เอกวรกร, 2554)

จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 30 วัน ในปี.ศ 2563-2565 จำนวน 190 , 140 และ123 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีธัญญา,2565) และในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบาย ให้จำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชกลับคืนสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด โดยเน้นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต,2560) อย่างไรก็ตามพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่หลายอย่าง เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร แยกตัวไม่ยอมเข้าสังคม และยังมีการบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น การไม่ยอมกลับไปเรียนหรือทำงาน การไม่สนใจดูแลทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทุกๆ 1 ราย ใน 10 ราย ยังมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค และผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 50-70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์,2558)

จากการวิเคราะห์สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะ ทางด้านสังคม มีพฤติกรรมที่แยกตัวออกจากสังคม (Kupferberg, Bicks, & Hasler, 2016) ขาดทักษะชีวิตที่ พึงประสงค์ ไม่สามารถจัดการอารมณ์ และ จัดการรับมือกับความเครียดได้ ซึ่งให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมให้ สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และป้องกันการ กลับเป็นซ้ำได้ดี โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson ,1980 , อ้างใน พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ,2559) โดยบูรณาการรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเกี่ยวกับเสริมสร้าง การฝึกทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง มีความคิดที่ยืดหยุ่น ปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่ เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ลดการทำร้ายตนเอง และลดการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ การกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่กลับเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วย มักจะมาด้วยอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่าง เห็นได้ชัด โดยมากมักมีสาเหตุปัญหาจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยา มีการเผชิญ ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ขาดทักษะทางด้านสังคม มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อม (Kupferberg, Bicks, & Hasler, 2016) ขาดทักษะที่พึงประสงค์ ไม่สามารถจัดการอารมณ์ และการรับมือกับ ความเครียดได้ ด้านทักษะชีวิตนั้นเป็นความสามารถในการปรับตัว การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแก้ไข ปัญหา ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหา ตลอดจนความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดใน ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization [WHO], 1993) และยังเป็นองค์ความรู้ และทักษะที่สำคัญ เพื่อให้เกิดความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นกลวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมี ทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ มีความสามารถเผชิญ และจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเอง รวมถึงการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ ต่อไปในอนาคต (ประไพ ประดิษฐ์สุขถาวร, 2554)

แนวความคิด การพัฒนาทักษะชีวิต (Life skills development) เป็นกระบวนการสอนเจตคติ และ ทักษะชีวิต เป็นแนวทางการพัฒนาให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และค่านิยม โดยการนำเอาทักษะชีวิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็น พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เน้นการป้องกันและเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (จุฬารณย์ โสตะ, 2551) ดังนั้น บุคคลควรมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดำเนิน ชีวิต ได้แก่ 1.1) ทักษะชีวิตทางด้านร่างกาย 1.2) ทักษะชีวิตทางด้านสังคม และ 1.3) ทักษะชีวิตทางด้านจิตใจ

องค์ประกอบของทักษะชีวิต ในส่วนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของทักษะชีวิตไว้ 12 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ 2) ความคิดสร้างสรรค์

3)ความตระหนักรู้ในตน 4)ความเห็นใจผู้อื่น 5)ความภูมิใจในตนเอง 6)ความรับผิดชอบต่อสังคม 7)การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 8)การสื่อสาร 9)การตัดสินใจ 10)การแก้ไขปัญหา 11)การจัดการกับอารมณ์ และ 12)การจัดการความเครียด

การให้สุขภาพจิตศึกษาแอนเดอสัน (Anderson et al, 1980) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการให้บริการความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาจัดความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการประทับประคองด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ จึงได้วางแผนให้การพยาบาลโดยดำเนินการ ใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างการฝึกทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-6 ราย กิจกรรมละ 45-60 นาที ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) คุณค่าแห่งตน 3) สื่อสารประสานใจ 4) คิดอย่างไร 5) การตัดสินใจเมื่อมีปัญหา 6) กล้าแสดงออกอย่างไรให้เหมาะสม 7) ผ่อนคลาย สบายจิต และ 8) การควบคุมพฤติกรรมตนเอง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลเป็นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นสมาชิกในกลุ่มอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบหรืออาการทางจิตทุเลาพร้อมจำหน่าย ผู้ป่วยบางท่านอาจไม่ได้เข้ากลุ่มจนครบทั้ง 8 กิจกรรม แก้ไขด้วยประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม ปรีกษาแพทย์ และทีมให้การพยาบาล หากผู้ป่วยมีแผนจะจำหน่ายก่อนสิ้นสุดกิจกรรม ผู้ศึกษาต้องกระชับเวลาและขั้นตอนแต่ละกิจกรรมลง รวมให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลแทนจนครบ ทั้ง 8 กิจกรรม

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจน สอดคล้องกับสภาพปัญหาให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ นำไปสู่การจัดการปัญหาเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ร้อยละ 85

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน

ร้อยละ 80