



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๘ 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 ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๑๐๔ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวฐิติมา แบนเพชร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๕๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการใช้ยาบ้า (Amphetamine)	การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (gold-setting theory) ในการลดการป่วย กลับซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการใช้ยาบ้า (amphetamine)
๒.	นางสาวอุณเรือน หอมจันทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๕๒๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๒๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยใช้สารเสพติดชนิดยาบ้า ที่มีการป่วยกลับซ้ำ	โครงการการฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ในผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาบ้า
๓.	นางสาวสุพิชยา อุดัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่รับประทานยา ตามเกณฑ์ : กรณีศึกษา	โครงการ "สูงวัย ปลอดภัย ห่างไกล คำว่าล้ม" หอผู้ป่วยศรีธัญญา ๒ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๔.	นางสาวณัฐธิดา เงินเย็น พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๙ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุด้วยบริหารร่างกายสไตล์ไทย ๑๒ ท่า
๕.	นางสาวจริยาพร แสงมนตร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมดื้อลบโดยใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ	โครงการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง : 2B LOVED (To be loved) ดูแลด้วยรัก ถักทอด้วยความห่วงใย
๖.	นางสาวอติติยา คำหวี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๗ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้แอมเฟตามีนและมีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา	การประยุกต์ใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๗.	นางสาวนพร กุศลธรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๕๑๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๕๑๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม รุนแรง : กรณีศึกษา	โครงการส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาโดยใช้แนวคิด Recovery
๘.	นางสุชาดา เวชการุณา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่มีอาการประสาทรุนแรงทางหู	โครงการการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวจริยาพร แสงมนตรี

- ♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 322 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา
กรมสุขภาพจิต

1)ชื่อผลงานเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมด้านลบโดยใช้แนวทางการคืนสู่สุขภาวะ

2)ระยะเวลาที่ดำเนินการ

14 ตุลาคม 2565 – 30 พฤศจิกายน 2565

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความเรื้อรัง โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน 1 พบอัตราความชุก 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราความชุกตลอดชีวิต 7.2 ต่อ 1,000 และพบอุบัติการณ์การเกิด โรคจิตเภท 0.24 ต่อ 1,000 ของประชากร ทั่วโลก (WHO,2016) โดยในประเทศไทยพบว่าในปีพ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับบริการของหน่วยงานบริการ ด้านสุขภาพของสังกัด กรมสุขภาพจิตจำนวน 241,838 คน ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ (กรมสุขภาพจิต,2016) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติอันดับโรคผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2562 โดยผู้ป่วยที่ เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมด 5,913 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 2,748 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง (โรงพยาบาลศรีธัญญา , รายงานสถิติปี2562) ซึ่งจากสถิติ จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทยังเป็นโรคทางจิตเวชลำดับต้นๆ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้อารมณ์ และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่ ผิดปกติไปจากคนทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล,2557) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทพบได้ทั้งอาการทางบวก อาการทางลบ ซึ่งอาการทางบวก ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด และอาการทางลบเป็นอาการแสดงออกซึ่งเกิดจากการขาดหรือลดลงของสติปัญญา การทำหน้าที่และการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีความสนใจหรือพึงพอใจในกิจกรรมที่เคยพึงพอใจ หรือภาวะสิ้นยินดี พูดน้อยหรือไม่พูด การขาดความใส่ใจ ว่ารุ่นง่าย สมาธิสั้นและบกพร่อง ในเรื่องต่างๆเช่น ความจำ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะ การตัดสินใจ ถึงแม้การรักษาในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทุเลาและสามารถ กลับไปอยู่กับสังคมได้แต่ยังพบบ่อยครั้งที่เมื่อจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลแล้วยังมีอาการหลงเหลือโดยเฉพาะ อาการทางลบ ได้แก่ มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัวออกจากสังคม พูดน้อยหรือไม่พูด ส่งผลให้มี อาการกำเริบได้เป็นระยะๆโดยพบว่าภายใน 1 ปี หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้อีก (วารสารการพยาบาล, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ปีงบประมาณ 2559 พบผู้ป่วย จิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 20.48 โดยอาการที่กำเริบนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงออกทาง พฤติกรรม ที่แปลกไปจากคนทั่วไป ได้แก่ พูดคนเดียว แยกตัว ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ ขาดการดูแล ตนเอง ซึ่งอาการต่างๆที่ปรากฏส่งผลกระทบต่อ การเรียน การทำงาน การเข้าสังคม (มานิช หล่อตระกูล, 2558) เกิดอุปสรรคในการดำรงชีวิต ไม่สามารถคงไว้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้อาการทางจิตยังคงอยู่ เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวัน พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีแนวทางหรือโปรแกรมในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาล เฉพาะทางด้านจิตเวชขนาด 750 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการ เป็นเลิศด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ให้การ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยในการให้บริการมุ่งเน้นบำบัดผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery model) มุ่งเน้นบำบัด ฟื้นฟู และรักษา เป็นเฉพาะรายมากขึ้น จึงทำให้เข้าใจและสามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น

แนวคิดการคืนสู่สภาวะ

การคืนสู่สภาวะ (Recovery) เป็นคำที่มีความหมาย 2 อย่าง คือ Clinical Recovery เป็นแนวคิดที่เกิดจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตหมายถึง การทำให้อาการของโรคหายไป ฟื้นฟูความสามารถทางสังคมและอื่นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อ “กลับคืนสู่ปกติ” และ Personal Recovery เป็นแนวคิดที่เกิดจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับโรคจิตเวช ซึ่งมีความหมายแตกต่างไปจากการหายจากอาการ (Clinical Recovery) Anthony (1993) ได้ให้ความหมายที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางที่สุด ดังนี้ การคืนสู่สภาวะ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คุณค่า ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละคน เป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีความพึงพอใจ เต็มไปด้วยความหวังและมีการอุทิศตนเพื่อส่วนรวม แม้มีข้อจำกัดที่เกิดจากการเจ็บป่วย มีการพัฒนาความหมายและเป้าหมายใหม่ในชีวิตซึ่งเติบโตขึ้น ผ่านผลกระทบที่รุนแรงจากโรคจิตเวชซึ่งแนวคิดการคืนสู่สภาวะนี้ ประกอบด้วย

1. การพัฒนาอัตลักษณ์ด้านบวก นอกเหนือจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชแล้วเขายังคงมีความเก่งความรู้ ความสามารถในการเรื่องใดอีกที่เป็นจุดเด่นของตน ซึ่งอัตลักษณ์ที่มีคุณค่านี้จะเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล
2. การจำกัดกรอบให้โรคจิตเวช เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วยทางจิตเวชให้เป็นแค่เพียงส่วนหนึ่งของชีวิต แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของชีวิต
3. การจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเวช เป็นการนำประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตเวช มาพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง มีความรับผิดชอบต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น
4. การพัฒนาบทบาททางสังคมที่มีคุณค่า เป็นการปรับเปลี่ยนหรือมีบทบาทใหม่ๆ ทางสังคมที่มีคุณค่า จะช่วยในการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ของบุคคลที่กำลังคืนสู่สภาวะ โดยเฉพาะในช่วงที่วิกฤต มีความตึงเครียด มักต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวของเขา (Mike Slade, 2013)

สมรัก ขวานิชวงศ์ (2558) ได้นำแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery model) มาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยใช้คำว่า “การฟื้นคืนสู่สุขภาพ” การฟื้นคืนสู่สุขภาพ ไม่ใช่แค่การช่วยเหลือให้อาการดีขึ้นเท่านั้น แต่เป็นการสนับสนุนให้เกิดความหวัง การเสริมพลังการรับมือกับตนเอง และการเน้นความเป็นบุคคลคนหนึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค แนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระยะการเจ็บป่วย ไม่ใช่นำไปใช้เฉพาะระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น (ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, อารียา เตชไพสิฐพงศ์ และปภาจิต บุตรสุวรรณ, 2559) จากแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ มีความเชื่อพื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. การคืนสู่สุขภาพเป็นประสบการณ์ของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช มีผลโดยตรงต่อบุคคลนั้นเอง มิใช่สิ่งที่คนอื่นสามารถกระทำให้ได้ การช่วยเหลือของบุคลากรเป็นการสนับสนุนการเดินทางคืนสู่สุขภาพของพวกเขา
2. การเดินทางคืนสู่สุขภาพเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล วิธีที่ดีที่สุดในการสนับสนุนการคืนสู่สุขภาพของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน (สมรัก ขวานิชวงศ์ และคณะ, 2563)

ปัจจุบันนิยมนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาพมาใช้ในการดูแล เนื่องจากสามารถช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิต ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายอื่นได้ในชีวิต (Kaewprom, 2011) ประเทศไทยมีความพยายามนำแนวคิดการคืนสู่สุขภาพมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการกำหนดแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชตามกรอบแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต สามารถปฏิบัติหน้าที่ประกอบอาชีพและอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคมอย่างมีคุณค่า (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) ซึ่งแนวคิดการคืนสู่สุขภาพด้านการบริการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) เชื่อว่า การคืนสู่สุขภาพเปรียบเสมือนการเดินทางที่ยาวไกลของชีวิตมนุษย์ ตลอดทั้งเส้นทางมีทั้งความเจริญงอกงาม เด็บโต เรียนรู้ มีความยืดหยุ่น การจัดการกับความพ่ายแพ้และเฉลิมฉลองกับความสำเร็จ (WHO, 2017) ทั้งนี้การที่บุคคลจะคืนสู่สุขภาพได้ จำเป็นต้องทบทวนและทำความเข้าใจอัตลักษณ์แห่งตนในด้านบวก มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต พยายามเข้าสู่สังคม เสริมสร้างพลังใจให้ตนเองด้วยการนำจุดแข็งของตนมาใช้ในการจัดการปัญหาที่เข้ามาในชีวิต

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 21 ตุลาคม 2565 ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยทางจิต เข้ารับการรักษาด้วยอาการ มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม หูแว่ว หวาดระแวง พุดไม่สมเหตุผล ทำร้ายร่างกายมารดา และมีพฤติกรรมจะทำร้ายตนเอง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติเมื่อ 1 ปีก่อน ช่วงเข้ามหาวิทยาลัย เริ่มไม่พูดคุยกับใคร เก็บตัว หวาดระแวง ห้องสกปรก พุดคุยกับบิดามารดาเป็นบางครั้ง 4 เดือนก่อนไปสมัครงานวิ่งส่งอาหาร ทำงานได้ 2 วันก็ลาออก 2 เดือนก่อนเริ่มมีอาการเหม่อลอย 6 สัปดาห์ก่อนเริ่มพูดแปลกๆว่าตนเองทำผิดกับกิตติกร (กิตติกรคือบุคคลที่ผู้ป่วยจินตนาการขึ้นมาเองไม่มีตัวตนจริง) สนใจธรรมะมากขึ้น มีเสียงหูแว่วเป็นเสียงกิตติกร 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลหลงผิดว่าตนเองเป็นฆาตรกรจากเหตุการณ์ยิงกราดที่โรงเรียนจังหวัดหนองบัวลำภู มีอาการหวาดระแวงมากขึ้น ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือน้ำเพราะกลัวคนนำยาพิษมาใส่ให้รับประทาน ญาติดูแลไม่ไหวจึงนำส่งโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง มีหูแว่ว และพูดเรื่อยเปื่อย ว่ามีคนจะมาควักลูกตาตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องคอยดูแล กิจวัตรประจำวันทั้งหมด ตั้งแต่การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร

เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะหยิบยื่นรับประทานอาหารเองได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหม่อลอย นั่งนิ่ง ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารด้วยตนเอง ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองปวดปัสสาวะ หรือต้องการจะอุจจาระเมื่อไหร่ จำเป็นต้องใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ไว้ในช่วงแรกของการดูแล กลางคืนหลับไม่สนิท ต้องได้รับยานอนหลับเพิ่ม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมในช่วงแรก แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยา พร้อมทั้งทีมผู้ดูแลคอยกระตุ้นและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จัดตารางเวลาการทํากิจวัตรประจำวันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเริ่มปฏิบัติด้วยตัวเองมากขึ้น จากการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย จึงนำผลการประเมินที่ได้มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. แบบแผนการรับรู้ผิดปกติ
2. แบบแผนการรู้คิดผิดปกติ
3. มีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา (เนื่องจากเป็นกลุ่มยาเฝ้าระวัง)
5. บทพร่องในการดูแลตนเอง
6. ขาดการวางแผนเป้าหมายในชีวิต

ในกระบวนการการพยาบาลในแต่ละขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ได้ใช้กรอบแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery) และค่านิยม ROSEN , R = Respect (ยอมรับ) O = Role (รู้หน้าที่) S = Strength (ค้นหาจุดแข็ง) E = Empowerment (สร้างพลัง) N = Network (เครือข่าย) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถคืนสู่สุขภาวะได้โดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในชีวิตด้วยตนเอง มีความหวังสู่อนาคตแต่ต้องได้รับการสนับสนุน โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การเสริมพลังและสนับสนุนทางสังคมไปสู่จุดหมายที่ตั้งไว้ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2561) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มิใช่ลดความเสื่อมถอยแต่หมายถึงความพยายามอยากมีระบบในการสนับสนุนให้กับผู้ป่วยให้ก้าวผ่านไปข้างหน้า ทั้งด้านบทบาท ความสัมพันธ์และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกจากจะให้การบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยหายจากอาการทางจิตแล้ว ยังมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับคืนสู่สุขภาวะ ด้วยการเสริมพลังอำนาจในตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยครั้งต่อไป จากลักษณะปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าว พยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคมตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจค้นคว้าเพื่อหารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหวาดระแวง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหวาดระแวงรายอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาผู้ป่วย

1. เพื่อศึกษาค้นหาปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำแนวคิดและหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่มีพฤติกรรมด้านลบและมาตรฐานการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนการทำการนิศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา
2. ศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ บันทึกรายงานผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
3. รวบรวมและศึกษาข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว พัฒนาการของชีวิต และแบบแผนการดำเนินชีวิต
4. วางโครงเรื่อง
5. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประเมิน วิเคราะห์ สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
7. วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลตามแนวคิด Focus Charting เป็นการพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
9. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติและชุมชน
10. บันทึกข้อมูล ปัญหา และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
11. สรุปการบำบัดรักษากรณีศึกษาทั้งหมด
12. เสนอผลงาน เอกสารทางวิชาการ ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

หลังได้รับการรักษาด้วยยา อาการทางจิตของผู้ป่วยเริ่มสงบมากขึ้น พูดคุยรู้เรื่องมากขึ้น ทำทางหวาดระแวงลดลง เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมภายในหอผู้ป่วยได้ เช่นกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมสุขศึกษา หรือกิจกรรมงานเรือน และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรืออาจจะต้องได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับอาการก่อนเข้ารับการรักษา

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ทราบประเด็นปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง
2. สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหา วางแผนการพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงโดยใช้แนวคิด Recovery รายอื่นต่อไป
4. เป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
5. ผสมผสานค่านิยม ROSEN ในการปฏิบัติการพยาบาลได้

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรวบรวมข้อมูล ทั้งจากญาติ เนื่องจากสถานการณ์การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในการประสานงานหรือติดต่อญาติจึงเป็นไปได้ยากกว่าสถานการณ์ปกติ
2. ในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วย ต้องคอยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทุกอย่าง จึงมีความจำเป็นต้องจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อให้เป็นระบบและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
3. ในช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงและมีความคิดหลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ในการสร้างสัมพันธ์ภาพจึงเป็นไปได้ยาก แต่เมื่อผู้เริ่มไว้วางใจ ก็สามารถให้การดูแลได้ง่ายขึ้น

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

พบปัญหาในช่วงแรกๆของการดำเนินงาน เนื่องด้วยอาการผู้ป่วยยังมีอาการหวาดระแวงและเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น จึงมาความยุ่งยากในการให้การพยาบาล

9) ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง
2. ติดตามเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการสอบถามจากญาติ
3. ติดตามการมาตรวจติดตามอาการตามนัดของผู้ป่วย
4. ติดตามการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย

10) การเผยแพร่ -

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ...100...

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอนแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวจริยาพร แสงมนตรี

- ♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ด้าน การพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 322/กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง

โครงการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
: 2B LOVED (To be loved) ดูแลด้วยรัก ถักทอด้วยความห่วงใย

2) หลักการและเหตุผล

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่นำไปสู่การสูญเสียชีวิตของประชากรก่อนวัย อันควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิตของประชากรโลกในช่วงอายุ 25-34 ปี (March & Schiebel, 2017) แต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 804,000 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 11.40 ต่อ ประชากรแสนคน (WHO, 2014) การพยายามฆ่าตัวตายพบได้บ่อยกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งมักพบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น (Diekstra, 1993) ประมาณการได้ว่าในแต่ละครั้งของการฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 25 คน (Behrman, 2017) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าแต่ละปีมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็น 10-40 เท่าของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือในแต่ละปีจะมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 9-36 ล้านคน ซึ่งจำนวนดังกล่าวอาจต่ำกว่าความเป็นจริงถึง ร้อยละ 30-200 นอกจากนั้นยังเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักมากที่สุดต่อการทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Howton & Van, 2009; Nordstrim, Samuelsson, & Asberg, 1995) เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสตัวตายซ้ำร้อยละ 100 โดยพบว่าร้อยละ 10 สามารถ ฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการ ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม จิตใจ และชีวภาพ ปัจจัย ทางสังคม เกี่ยวข้องกับ ปัญหาเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ ความรัก การเลียนแบบสื่อที่แสดงเรื่องราว และเหตุการณ์ของการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ด้านจิตใจผู้พยายามคิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองเป็นคนไร้ค่า เกิดความ รู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง อยากตาย จมอยู่กับอดีตและมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต ปัจจัยทางชีวภาพการแพทย์ในผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และติดยา ส่วนหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมี ในสมอง การลดลงของโดปามีน (dopamine) โมโนเอมีน (monoamine) และซีโร โทนิน (serotonin) ซึ่งส่งผล ควบคุมอารมณ์ของคนเรา ทำให้คนนั้นเกิดความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้หมดหวัง จนคิดอยากฆ่าตัว ตายในที่สุด โดยอาจไม่มีเรื่องให้เครียด ไม่มีมูลแห่งของการกระทำนั้น (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553; ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556)

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองเป็นปัญหาวิกฤติทางสุขภาพจิต ที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญและเฝ้าระวังปัญหาอย่างต่อเนื่องมาตลอด ข้อมูลสถิติพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในระบบ 3 ฐานข้อมูล ในปี 2561 2562 และ 2563 เท่ากับ 8.81 8.95 และ 10.08 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ(Department of Mental Health, 2021) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด เป็นความสูญเสียที่เราไม่อยากให้เกิดขึ้นในสังคมไทยและเป็นความสูญเสียที่เราทุกคนสามารถช่วยกันป้องกันได้ข้อมูลจาก WHO ระบุว่าในแต่ละปีมีประชากรมากกว่า 800,000 ราย เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และในแต่ละครั้งที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicide) จะมีความพยายามทำร้ายตนเอง(Attempt Suicide) มากกว่า 20 ครั้ง นั้นหมายความว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ ถ้าคนรอบข้างมีความตระหนักและสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

จากสถิติที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 2564 2565 ดึกเมตตาได้รับ Admit กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองรวมถึงมีความคิดฆ่าตัวตายจำนวน 522 1,614 545 ราย เรียงลำดับตามปี พ.ศ. รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,681 รายและในแต่ละปีมีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีการแข่งขันกันสูง อีกทั้งปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคระบาดในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง และมีความคิดอยากทำร้ายตนเองมากขึ้น

แนวความคิด

จากการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของดึกเมตตาที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น ผู้จัดทำโครงการจึงนำประเด็นที่เป็นจุดบกพร่องของปัญหาที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดทำร้ายตนเอง ปรึกษาและวางแผนร่วมกันกับทีมบุคลากรในหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะสอดคล้องกับค่านิยมของโรงพยาบาลศรีธัญญา(ROSEN) โดยการดูแลดังกล่าวตรงกับแนวคิดและชื่อโครงการคือ To be loved แปลว่า การได้รับความรัก ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงการที่เจ้าหน้าที่หรือทีมผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก

ข้อเสนอแนะ

จากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองที่ผ่านมา พบสาเหตุของปัญหาดังนี้

1. ข้อมูลและประวัติผู้ป่วยที่ได้รับจากญาติไม่เพียงพอทำให้ไม่ทราบถึงสาเหตุของปัญหา
2. การตรวจเช็คอุปกรณ์ที่ติดตัวมากับผู้ป่วย ยังไม่รัดกุมเท่าที่ควร
3. การสื่อสารกับผู้ป่วยหรือการส่งต่อข้อมูลภายในทีม
4. การวางตัว หรือการสร้างสัมพันธภาพ ของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยไม่เหมาะสม
5. ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตนเองต่อเนื่อง
6. อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมยังไม่เอื้ออำนวยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
7. การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นเฉพาะรายบุคคล

จากปัญหาดังกล่าวทางผู้จัดทำโครงการจึงเสนอแนะการจัดกิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวโดยใช้ชื่อกิจกรรมว่า 2B LOVED เพื่อลดความเสี่ยงความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง อีกทั้งได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการจากทีมผู้ดูแลให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิจกรรมพัฒนา: กิจกรรม 2B LOVED ประกอบไปด้วย(2B ในที่นี้ คือ BB หรือ B2ตัว)

B (ตัวที่1) ที่มาจาก Back ground หมายถึง ภูมิหลัง ในที่นี้หมายถึง ข้อมูลที่เป็นความจริง ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา เหตุการณ์สำคัญต่างๆที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การทราบข้อมูลของผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญ ในการวางแผนการรักษาพยาบาลเฉพาะรายอย่างมีประสิทธิภาพ

B (ตัวที่2) ที่มาจาก Buddy หมายถึง คู่หู การที่ต้องปรับตัวอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย สภาพแวดล้อมที่ไม่เคยรู้จัก ย่อมเกิดความวิตกกังวลและความเครียด ระวัง หวาดกลัว ผู้ป่วยบางรายปกปิดข้อมูล ไม่กล้าที่จะบอกปัญหาหรือสิ่งที่กังวลกับเจ้าหน้าที่หรือทีมที่ดูแล แต่กล้าที่จะให้ข้อมูลและระบายความรู้สึก บอกปัญหาตนเองกับเพื่อนที่อยู่ในสถานะผู้ป่วยด้วยกันเอง

L ที่มาจาก Language หมายถึง วิธีการสื่อสาร เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ไม่จะเป็นภาษา น้ำเสียง สีหน้า หรือแม้แต่กระทั่งท่าทาง ล้วนแล้วแต่มีความหมายในการส่งสารไปหาผู้รับทั้งสิ้น

O ที่มาจาก Organize หมายถึง จัดระเบียบการอยู่ร่วมกันในหอผู้ป่วยเมตตา ไม่ได้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการตั้งกฎกติกาจัดระเบียบและอธิบายให้ผู้ป่วยทุกคนทราบก็สำคัญเช่นกัน

V ที่มาจาก Ventilate หมายถึง การระบายอารมณ์การระบายอารมณ์ก็เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ที่มีประสิทธิภาพอีกกิจกรรมหนึ่งเนื่องจากจะสามารถช่วยให้ลดความรู้สึกกังวล ความเครียด

E ที่มาจาก Environment หมายถึง สิ่งแวดล้อมจากปัญหาที่ผ่านมาที่พบปัญหาว่า ผู้ป่วยคิดหาวิธีทำร้ายตนเองแบบใหม่ไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองเพียงแค่เห็นอุปกรณ์ของมีคมในสำนักงาน สิ่งที่สำคัญคือต้องลดสิ่งกระตุ้นเหล่านี้โดยการจัดเก็บให้มิดชิดและระมัดระวังขณะที่ใช้งาน

D ที่มาจาก Development หมายถึง การพัฒนา ในที่นี้จะกล่าวถึง การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของทีม เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากความหมายของแต่ละตัวอักษรจะมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความหมายในแต่ละหัวข้อโดยใช้แนวคิดการคืนสู่สุขภาวะและค่านิยมของโรงพยาบาลศรีธัญญา (ROSEN) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การพยาบาลที่มีความเป็นเฉพาะรายบุคคลมากขึ้น ที่สำคัญคือสามารถลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเองในขณะที่เข้ารับการรักษากายในหอผู้ป่วยมากขึ้น

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเมตตาเท่ากับ 0
- การพยายามฆ่าตัวตายขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเมตตาเท่ากับ 0
- การดูแลผู้ป่วยมีความเป็นเฉพาะรายบุคคลมากขึ้น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเมตตาเท่ากับ 0 (0%)
2. ระดับความรุนแรงของการพยายามทำร้ายตนเองขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวไม่เกินระดับ E