



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘


(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๐/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๑.	นางสาวอุษกร เพ็ชรรักษ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๘๕๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๘๕๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้าง พลังอำนาจ : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	โครงการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง ของสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นภาคใต้
๒.	นางสาวพลอย เข้มเพชร ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๗๘ กลุ่มงานการเงินและบัญชี กลุ่มภารกิจอำนวยการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๗๘ กลุ่มงานการเงินและบัญชี กลุ่มภารกิจอำนวยการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต	คู่มือการปฏิบัติงานตรวจสอบก่อนส่งข้อมูล การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (ผู้ป่วยนอก) ผ่านระบบ Financial Data Hub (FDH) (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การวิเคราะห์รายรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกองทุน
๓.	นางพรรณภัสสา กงมหา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๗๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๗๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วย โรคอารมณ์สองขั้วโดยญาติมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล น.ส.ณัฐกร เพ็ชรรักรักษ์
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ / ระดับชำนาญการ /
 ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล เลขที่ 3856 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน
 กลุ่มภารกิจ กลุ่มภารกิจการพยาบาล หน่วยงาน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ: กรณศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 กรกฎาคม 2567 ถึง วันที่ 10 มกราคม 2568 (รวม 180 วัน)

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญในการคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ร่างกายและสังคม รวมทั้งจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้คำปรึกษา บำบัดทางจิตสังคม ให้ความรู้ สอนสุขศึกษา ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D - Method และประเมินผลการปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายควบคู่กับด้านจิตใจตามมาตรฐานวิชาชีพ

ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผู้ศึกษา คือ ผู้ศึกษาจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น การอบรมหลักสูตรการบำบัดทางจิตสังคมของพยาบาลหลาย หลักสูตร เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างแรงใจ รวมทั้งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้เตรียม ความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่น โรคซึมเศร้า ทฤษฎีทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การบำบัดทางจิตสังคม โปรแกรมและแนวทาง การพัฒนางานคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมมีคุณภาพที่ดีที่สุดและมีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1. สรุปสาระสำคัญ

โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะแสดงอาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งสาเหตุของ โรคซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง (ศิริเพ็ญ วารวินิช, 2563)

จากสถิติในปี พ.ศ.2563 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รายงานองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2560 ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก 350 ล้านคน (ไพบรียทิพย์ สันตะพานธุ์, 2562) จากสถิติกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2566 พบว่ามีคนไทยเป็นโรคซึมเศร้า 2.9 ล้านคน โดยเป็นวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 11.5 จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าใน กลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่

ในช่วงที่เป็นวัยรุ่นและมีการดำเนินของโรคสืบเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Global, 2015) ในปี พ.ศ. 2560 อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอยู่ที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2561 อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติผู้มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 340 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีจำนวน 852 ราย จะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นชัด 1.5 เท่า ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นมากที่สุดถึงร้อยละ 98.5 นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีจำนวน 327 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ.2567 มีจำนวน 786 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 1.4 เท่า จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและคนรอบข้างเป็นอย่างมาก นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์วัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้พบว่าสาเหตุของโรคซึมเศร้ามาจากการที่วัยรุ่นสูญเสียพลังอำนาจในตนเองดังต่อไปนี้ การสูญเสียความเข้มแข็งทางร่างกาย เช่น วัยรุ่นที่สูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การสูญเสียความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เช่น วัยรุ่นที่ถูกไล่ออกจากครอบครัวหรือได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีจากกลุ่มเพื่อนทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุนจากคนรอบข้าง การสูญเสียพลังงานหรือศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆ การสูญเสียแรงจูงใจทำให้หมดกำลังใจ เช่น วัยรุ่นที่ได้รับการปฏิเสธจากการสมัครเข้าเรียนหรือจากการแข่งขันวิชาการ การสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกทำให้มองตนเองไร้คุณค่า เช่น เด็กวัยรุ่นที่ถูกกลั่นแกล้งหรือถูกวิจารณ์ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในวัยรุ่นตามแนวคิดของ Miller (1992) หมายถึง กระบวนการสร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวกทำให้วัยรุ่นสามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ยั่งยืน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งได้เป็น 7 ชนิด ดังนี้ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางร่างกาย เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างพลังงานหรือศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆ เสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและเสริมสร้างความเชื่อที่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Webb and Kyaddondo (2023) ได้ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง จำนวน 25 คน ในทวีปแอฟริกา พบว่าวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ ศิริเพ็ญ วารวินิช (2563) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 38 คน ในจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการให้การดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Peplau (1952) ซึ่งเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มพลังในการต่อสู้กับโรคซึมเศร้าได้ ในขณะเดียวกันทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) ชี้ให้เห็นว่าเมื่อวัยรุ่นโรคซึมเศร้าเผชิญกับความเครียดและปัญหาชีวิตได้พยายามปรับตัวเพื่อกลับมามีความสมดุลในชีวิต ดังนั้นการเสริมสร้างการปรับตัวและเผชิญความเครียดในวัยรุ่นโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้าและป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

ในกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองรายนี้เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นเพศหญิง อายุ 12 ปี เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ครั้งแรก 10 กรกฎาคม พ.ศ.2567 มาด้วย 7 เดือน ก่อนมา แยกตัว พุดน้อยลง เศร้า ร้องไห้บ่อย รู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว มีความคิดอยากตาย ทำร้ายตนเองด้วยผูกคอและ กรีดข้อมือ หลังจากผู้ป่วยไปพบเหตุการณ์บิดาผูกคอเสียชีวิต แกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/56 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร ประเมินระดับซึมเศร้า (Children's Depression Inventory: CDI) 24 คะแนน แผลผลพบซึมเศร้า และประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 2 คะแนน แผลผลพบความรุนแรงต่อการทำร้ายตนเอง ระดับเร่งด่วน แพทย์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Depression Disorder) พิจารณาให้การรักษาด้วยยา Sertraline (50 mg) 1 tab รับประทานก่อนนอน กรณีศึกษารายนี้สูญเสียพลังอำนาจในตนเองในหลายๆ ด้าน เช่น สูญเสียความเข้มแข็ง ทางจิตใจจากการเสียชีวิตของบิดา มารดาและสัตว์เลี้ยงซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สูญเสียกำลังใจและขาดการสนับสนุน ทางจิตใจและสังคม สูญเสียศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากตาย และทำร้ายตนเอง สูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวก ขาดความรู้ความเข้าใจไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้ ความเชื่อที่ไม่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา จากที่กล่าวมาผู้ป่วยรายนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจตาม แนวคิดของ Miller (1992) คือ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางร่างกาย เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการ สนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างพลังงานหรือศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ เสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและเสริมสร้างความเชื่อที่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้ การดูแลวัยรุ่นโรคซึมเศร็รายนี้ยังต้องใช้แนวคิดการพยาบาลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Peplau, 1952) และการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัว (Roy, 1999) ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ของผู้ป่วยซึ่งเป็นการสนับสนุนจากผู้ดูแลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพในการปรับตัวสามารถเผชิญ ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถอยู่ร่วมกับ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข แต่หากไม่ได้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้

แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษา

1.แนวคิดและทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เป็นกระบวนการที่สร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวกช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นฟูและพัฒนาแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง รวมถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการกับ สถานการณ์ชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ยั่งยืน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งเป็น 7 ชนิด ดังนี้ เสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางร่างกาย เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม เสริมสร้างพลังงานหรือ ศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ เสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างอัตมโนทัศน์เชิงบวก เสริมสร้าง ความรู้ความเข้าใจ และเสริมสร้างความเชื่อที่เหมาะสม

2.แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล

2.1. ทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations Theory) โดย Peplau (1952) กล่าวว่าความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในกระบวนการบำบัด โดยเน้นการสร้าง ความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เขาสามารถเปิดเผยความรู้สึกและปัญหาที่เกิดขึ้นภายใน ได้อย่างปลอดภัย ในกรณีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การมีความสัมพันธ์ที่ดีและเชื่อมโยง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยทำให้สามารถยอมรับการรักษาและการช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่

2.2 ทฤษฎีการปรับตัว (Adaptation Model) โดย Roy (1999) ทฤษฎีนี้เน้นการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียด โดยพยาบาลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการปรับตัว ต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งการปรับตัวที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองตามแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ช่วยฟื้นฟูแรงจูงใจและเสริมความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิตได้ดีขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) และการสร้างสัมพันธภาพตามทฤษฎีของ Peplau (1952) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวสามารถเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2. ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนวิเคราะห์สถิติการมารับบริการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ 3 ปี ย้อนหลังในรายโรคซึมเศร้า
2. พิจารณาการศึกษารายการกรณี โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก
 - 2.1. ผู้ป่วยวัยรุ่น อายุ 12 – 18 ปี
 - 2.2. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น
3. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล
4. ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
5. นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ให้บริการตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ
 - 5.1. ประเมินผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ สังเกตผู้ป่วยและผู้ปกครอง จากข้อมูลเวชระเบียน
 - 5.2. ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 5.3. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
 - 5.4. ประเมินผลการพยาบาลเพื่อปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหา
 - 5.5. วิเคราะห์และสรุปเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค วิธีการแก้ไข และข้อเสนอแนะ
6. สรุปกรณีศึกษา จัดทำรูปเล่ม ตรวจสอบ เสนอผลงานเอกสารวิชาการ

4.3. เป้าหมายของงาน

- 4.3.1. ศึกษากระบวนการพยาบาลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.3.2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.3.3. เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้สนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1. เชิงปริมาณ

5.1.1. รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ และเผยแพร่ยังแผนกผู้นอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 เล่ม แผนกผู้ป่วยในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 เล่ม ห้องสมุดโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ 1 เล่ม

5.1.2. ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ โดยไม่มาพบแพทย์ก่อนนัดเนื่องจากอาการเปลี่ยนแปลงและระดับคะแนนซึมเศร้าลดลงร้อยละ 80

5.2. เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองตามแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจจนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ปกติ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1. การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำกระบวนการพยาบาลวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้

6.2. ผลกระทบ

6.2.1. ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจนสามารถดูแลตนเองได้ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

6.2.2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงและสถิติการทำร้ายตนเองลดลง

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน สูญเสียแหล่งพลังอำนาจที่ส่งผลให้ก่อความรุนแรงในการทำร้ายตนเอง ดังนั้นจึงต้องวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกรับที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้เพื่อนำมาสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม วางแผนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy (1999) และทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1952) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพและอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพการปรับตัว ถึงแม้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนแพทย์สรุปว่าผู้ป่วยรายนี้หายจากโรคซึมเศร้าแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความท้าทายจากสังคมที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำได้ ดังนั้นสร้างความเข้าใจในสังคม โรงเรียน และครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูกายอย่างยั่งยืน

9) ข้อเสนอแนะ

- 9.1. พัฒนารูปแบบการติดตามต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้ป่วย
- 9.2. การเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยในการดูแลผู้ป่วย
- 9.3. แนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน

10) การเผยแพร่

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนการมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอุษกร เพ็ชรรักษ์	ร้อยละ 100	อุษกร เพ็ชรรักษ์

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้

หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีส่วนร่วมนำไปใช้โดยไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล น.ส.อุษุกร เพ็ชรวัชรีย์

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล เลขที่ 3856 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ กลุ่มภารกิจทางการแพทย์ หน่วยงาน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง โครงการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

2) หลักการและเหตุผล

วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีกระบวนการรับรู้ส่งผลให้รูปแบบเนื้อหาความคิดเป็นไปในเชิงลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง โทษตนเองและไม่อยากมีชีวิต ซึ่งลักษณะความคิดเชิงลบนี้จะเกิดความคิดวนซ้ำๆ ไม่สามารถหยุดคิดได้ ทำให้วัยรุ่นทุกข์ทรมานใจจนทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (ภักจิรา ภูสมศรี, 2563) จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าวัยรุ่นโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือการบำบัดทางจิตสังคมผลที่ตามมาจะมีความรุนแรงมาก จากการศึกษาได้มีการพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในรูปแบบการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่บูรณาการโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) ผสมผสานกับการบำบัดบนพื้นฐานความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Based Therapeutic Strategies: CBT) ซึ่งการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติใช้หลักการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งจากบททวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาในฐานะที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ได้ให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จึงสนใจศึกษาและจัดโครงการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียด ลดความเครียดอยากตายหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และสามารถใช้ชีวิตในครอบครัว โรงเรียน และชุมชนได้เต็มศักยภาพ

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1. บทวิเคราะห์

โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทั้งทางอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก 350 ล้านคน และในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2.9 ล้านคน โดยในวัยรุ่นมีอัตราการป่วยถึงร้อยละ 26.5 (กรมสุขภาพจิต, 2562) อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2560 อยู่ที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ในปี พ.ศ. 2561 สถิติจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 340 ราย และเพิ่มเป็น 852 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โดยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นถึงร้อยละ 98.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น

จาก 327 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 786 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากข้อมูล Academy of Pediatrics (2022) สรุปว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ได้ผลในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และจากข้อมูลดังกล่าวได้มีการพัฒนาการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติเพื่อใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (นัตตา พนาคุณากร, 2564)

การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) พัฒนาโดย Zindel Segal, Mark Williams และ John Teasdale เป็นการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อใช้รักษาโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดในแง่ลบ โดยบูรณาการจากโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness Based Stress Reduction: MBSR) กับการบำบัดบนพื้นฐานความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Based Therapeutic Strategies : CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) ซึ่งการเจริญสติเป็นการบำบัดทางความคิดใช้หลักการฝึกเจริญสติช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ลบในแต่ละขณะและยอมรับโดยไม่ตัดสิน พร้อมกับการปรับความคิดในแง่ลบในวัยรุ่นซึมเศร้า (นัตตา พนาคุณากร, 2564) โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง การเสริมพลังอำนาจ การฝึกสติ และการให้ความรู้เทคนิคการปรับความคิด การสนทนากับตนเอง การจินตนาการภาพ การทำบทบาทสมมติ การคิดกรอบใหม่ และการปรับแบบแผนความคิดใหม่ เพื่อปรับความคิดในแง่ลบของผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จากการศึกษาที่มีการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานสติไปใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมาก ได้แก่ การศึกษาของ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์และคณะ (2558) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 44 ราย ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็น การบำบัดทางความคิดในแง่ลบ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากที่กล่าวมาในฐานะที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ได้ให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จึงมีความสนใจศึกษาการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยผู้ป่วยจัดการกับความเครียดเชิงลบได้ ไม่มีความคิดอยากตายและพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ พร้อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในครอบครัว โรงเรียน และชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

3.2. แนวความคิด

3.2.1. แนวคิด การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) โดย Segal, Williams, & Teasdale (2002) อธิบายการทำงานของจิตเมื่อประสบกับสถานการณ์ใดๆ แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. Doing Mode คือ การตอบสนองอัตโนมัติตามประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต โดยไม่ตระหนักรู้และรับรู้สถานการณ์แบบเดิม

2. Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่คิดที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ ไม่พยายามทำอะไรทั้งนั้นนอกจากอยู่กับที่ในปัจจุบันเปิดรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อวัยรุ่นโรคซึมเศร้าประสบกับสถานการณ์ที่คล้ายกับอดีตที่ทำให้ทุกข์ใจ วัยรุ่นจะตอบสนองตามความเคยชินและเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในอดีตจนเกิดความคิดเชิงลบ เช่น รู้สึกสิ้นหวังจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย การทำงานของจิตในรูปแบบนี้คือ Doing Mode ส่วนการทำงานในรูปแบบ Being Mode คือการรับรู้สถานการณ์ในปัจจุบันโดยไม่เชื่อมโยงกับอดีต ไม่คาดหวังและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการบำบัดจะช่วยปรับความคิดใหม่และสร้างประสบการณ์ใหม่ให้กับวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

3.2.2. แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลการปรับตัว (Adaptation Model) โดย Roy (1999)

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) เน้นกระบวนการที่บุคคลต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นไปที่การรักษาสมดุลในร่างกายและจิตใจของบุคคล เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและความเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ซึ่งการฝึกเจริญสติในโครงการบำบัดความคิดนี้สามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎีการปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ระหว่าง และการปรับตัวด้านจิตวิญญาณ การฝึกเจริญสติส่งเสริมการตระหนักรู้ในความเชื่อมโยงระหว่างตัวเองและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรู้จักการพึ่งพาผู้อื่น การพัฒนาจิตวิญญาณนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมโยงกับคนอื่นได้อย่างมีความหมาย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับทฤษฎีทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวของ Roy (1999) ได้เป็นอย่างดีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเครียดและความท้าทายต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างเป็นองค์รวมฟื้นฟูสุขภาพจิตใจและสุขภาพร่างกาย เสริมสร้างความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในอนาคตได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ตามแนวคิดการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติและแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลการปรับตัว พบว่าการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติสามารถช่วยผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในการปรับตัวได้ดีขึ้น เนื่องจากการฝึกการสังเกตและรับรู้ความคิดและอารมณ์โดยไม่ตัดสิน ควบคุมหรือหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการจัดการกับความเครียดและความคิดเชิงลบ ซึ่งการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวในการบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีความสำคัญเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาความเครียดและพฤติกรรมลบที่เกิดจากความคิดเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเสริมสร้างการตระหนักรู้และพัฒนาทักษะการปรับตัวให้กับวัยรุ่น ผ่านการฝึกฝนการเจริญสติจะช่วยให้พวกเขาสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว

3.3. ข้อเสนอ

การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติควรพัฒนาใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและในกลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

3.4. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าเป็นการฝึกทางศาสนา เช่น การกรรมฐานหรือจงกรมและอาจปฏิเสธการบำบัดด้วยวิธีนี้เนื่องมาจากมองว่าเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก

3.5. แนวทางแก้ไข

อธิบายและชี้แจงให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1. วัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เข้าร่วมโครงการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ทำให้วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้ามดีขึ้น

4.2. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองรายอื่นได้

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เข้าร่วมโครงการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้มีระดับคะแนนประเมินซึมเศร้ามลดลงร้อยละ 80