ประกาศกรมสุขภาพจิต
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น 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 ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสีดา)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๗๙ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวอโณทัย จันทรีใส พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๓๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๓๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา	การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
๒.	นางสาวกัญญารัตน์ ดาสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้ว ระยะเมเนีย ในวัยรุ่น	การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครอง เรื่อง การสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น (Positive communication with Teenager)

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวอโณทัย จันทร์ใส

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล** พยาบาลวิชาชีพ **ระดับ** ชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล **ตำแหน่งเลขที่** 2336 **กลุ่มงาน** การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
กลุ่มภารกิจ การพยาบาล **หน่วยงาน** โรงพยาบาลสวนปรุง **กรมสุขภาพจิต**

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2565

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ที่นำมาใช้สำหรับการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การประเมินโรคซึมเศร้า และการบำบัดรักษา) ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน คือ ผู้ศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลา 5 ปี ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สาระสำคัญ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้น อาการมักจะรุนแรงขึ้นและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2562) อาการซึมเศร้าเมื่อเกิดขึ้นซ้ำๆ มักจะก่อให้เกิดความรุนแรงและพบว่ามักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง เห็นภาพหลอน หูแว่ว โดยส่วนใหญ่มักจะได้รับผลกระทบอย่างมากจากอาการของโรคส่งผลให้การทำหน้าที่ได้ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือในครอบครัว และที่อันตรายมากที่สุด คือ ความคิดทำร้ายตนเอง โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตในแต่ละปีกว่า 700,000 คนจากการพยายามฆ่าตัวตาย (World Health Organization [WHO], 2021) จากรายงานการรวบรวมข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 – 2565 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการทางด้านจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากปี 2564 มีจำนวน 353,267 ราย และในปี 2565 มีจำนวน 359,737 รายตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต, 2564; กรมสุขภาพจิต, 2565) จากสถิติที่พบถือว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการรุนแรงโดยการทำร้ายตนเองมากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2560) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของการสาธารณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต

จากการประเมินกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 6 ครั้ง และทุกครั้งที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลจะมีความคิดอยากตาย มีการพยายามฆ่าตัวตายร่วมด้วย ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยขาดแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญกับเหตุการณ์หรือเรื่องที่ต้องทำให้ทุกข์ใจซึ่งเป็นเรื่องของครอบครัว ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระของภรรยา ประเมินแล้วผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะร่วมที่พบมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ศึกษาจะสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเอง รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 8 ธันวาคม 2565 ครั้งที่ 6 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 29 ธันวาคม 2565 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 21 วัน ผู้ป่วยมาด้วยอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย คิดอยากตาย 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.2) ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ การสังเกตและการสัมภาษณ์ การสนทนากับญาติ การตรวจสภาพจิต การประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด วิเคราะห์ค้นหาปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ จนสามารถหาปัญหาทางการพยาบาลและให้การดูแลตามสภาพปัญหา ซึ่งข้อวินิจฉัยทางกายพยาบาลที่ได้มีดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำเนื่องจากมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

ปัญหาที่ 2 มีอาการไม่สุขสบายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า

ปัญหาที่ 3 การพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลเรื่องที่บ้าน

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายเนื่องจากเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวและทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ปัญหาที่ 6 ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1. คัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเป็นกรณีศึกษาสอบถามความสมัครใจ

4.2.2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ บันทึกรายงานทางการพยาบาล การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ทีมที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย การสังเกตอาการระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การสนทนาเพื่อการบำบัดโดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วย 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ตลอดจนการปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยถึงแผนการรักษาของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

4.2.3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และรายงานทางวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

4.2.4. วางโครงเรื่องกรณีศึกษา

4.2.5. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาล

4.2.6. วางแผนการพยาบาลโดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์มาใช้ในการกำหนดแผนการพยาบาล

4.2.7. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

4.2.8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลเพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2.9. รวบรวมเอกสาร ตรวจสอบจัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาประวัติข้อมูลทั่วไป รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการรักษาของแพทย์

4.3.2 เพื่อรวบรวมปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.3 เพื่อให้การสัมภาษณ์และบำบัดผู้ป่วยรายบุคคลในการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ให้สามารถปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ป้องกันการฆ่าตัวตาย

และลดโอกาสการเจ็บป่วยซ้ำจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ฉบับ ใช้สำหรับเผยแพร่ในห้องสมุดโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 2 เล่ม ตีกพิเศษปัญญา จำนวน 1 เล่ม

5.2 เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลง และไม่ทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 6 เดือน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

6.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

6.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ด้านการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายถือว่าเป็นปัญหาจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อนทางด้านจิตเวช และผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดที่สุดจึงต้องทำความเข้าใจเรื่องโรค กระบวนการรักษา กระบวนการพยาบาลอย่างละเอียดและต้องมีองค์ความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกรณีที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากและซับซ้อน (super specialist service : SSS) สามารถที่จะให้การพยาบาลผสมผสานวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ความสำคัญทั้งอาการของโรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายไปพร้อมกัน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในระยะAcute ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่ค่อยมีสมาธิ ค่อนข้างแยกตัว พยาบาลหรือผู้บำบัดต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือความคิดฆ่าตัวตายที่มีในระยะAcute ประกอบกับช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยได้สร้างสัมพันภาพกับผู้ป่วยอื่นเท่าที่ควร (ในระยะSub acute และระยะการดูแลต่อเนื่อง ไม่พบปัญหาและอุปสรรค)

9) ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนั้นควรมีการสังเกต ติดตาม ดูแลใกล้ชิดทั้งขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ดูแลและควรมีการประสานพื้นที่ให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....

☑ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และไม่มีผู้มีส่วนร่วมในผลงานนี้

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวอโณทัย จันทร์ใส

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล** พยาบาลวิชาชีพ **ระดับ** ชำนาญการ

ด้าน การพยาบาล **ตำแหน่งเลขที่** 2336 **กลุ่มงาน** การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล **หน่วยงาน** โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2) หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้น อาการมักจะรุนแรงขึ้นและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2562) อาการซึมเศร้าเมื่อเกิดขึ้นซ้ำๆ มักจะก่อให้เกิดความรุนแรงและพบว่ามักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น หวาดระแวง เห็นภาพหลอน หูแว่ว โดยส่วนใหญ่มักจะได้รับผลกระทบอย่างมากจากอาการของโรคส่งผลให้การทำหน้าที่ได้ไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือในครอบครัว และที่อันตรายมากที่สุด คือ ความคิดทำร้ายตนเอง โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตในแต่ละปีกว่า 700,000 คนจากการพยายามฆ่าตัวตาย (World Health Organization [WHO], 2021) จากรายงานการรวบรวมข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 – 2565 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการทางด้านจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากปี 2564 มีจำนวน 353,267 ราย และในปี 2565 มีจำนวน 359,737 รายตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต, 2564; กรมสุขภาพจิต, 2565) จากสถิติที่พบถือว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการรุนแรงโดยการทำร้ายตนเองมากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2560) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของการสาธารณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากความรุนแรง และก่อให้เกิดความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิต (WHO, 2021) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านานมากกว่า 1 เดือน และมีระดับซึมเศร้ารุนแรง จะพบอัตราการเสียชีวิตโดยการทำร้ายร่างกายตนเองร้อยละ15 (กรมสุขภาพจิต, 2564)

การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของโลก สำหรับในประเทศไทย พบว่า ในปี 2560-2563 อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็น 6.03, 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้านำมาก่อนและเกิดการฆ่าตัวตายในที่สุด (นทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย (จีระนันท์ คำแฝง, 2563; วันรวี พิมพ์รัตน์ & จินตนา กมลพันธ์, 2563; สุพัตรา สุขาวห & สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, 2560) ซึ่งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ แล้วสุดท้ายจะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด (Beck, 1967) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะทำร้ายร่างกายตนเอง ซึ่งมีความรุนแรงเป็น 2 เท่าของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (กรมสุขภาพจิต, 2549) และหากฆ่าตัวตายไม่สำเร็จอาจทำให้เกิดการพิการไปตลอดชีวิต และทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกผิด ละอายใจ สิ้นหวัง สูญเสียความหมายในชีวิต ถ้าไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ ถูกสมาชิกในครอบครัวหรือคนรอบข้างและชุมชนซ้ำเติม ยิ่งกรณีที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ก็จะทำให้มีปัญหาด้านจิตใจเรื้อรังและเกิดปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำอีกได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2561) นอกจาก

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ผลที่เกิดขึ้นในครอบครัวยังทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้สึกทางลบ เช่น วิตกกังวล รู้สึกผิด เสียใจ อับอาย (Doku, Osafo, & Akotia, 2017)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาได้รับความรู้ความเข้าใจในโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเป็นกำลังใจและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้กับผู้ป่วย ลดการขัดแย้งที่เกิดจากปัญหาการสื่อสารที่ไม่ตรงตามความต้องการตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เมื่อครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี สัมพันธภาพที่ดีต่อกันส่งเสริมการฟื้นหายของโรคซึมเศร้า(นันทภัค ชนะพันธ์, 2563) ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่มีครอบครัวเป็นฐาน สามารถที่จะจัดการอารมณ์เศร้าและโรคซึมเศร้าที่ตนเองเป็นได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีส่งผลให้ฟื้นหายจากภาวะซึมเศร้า (Intapun M, Upasen R., 2018)

ความเข้มแข็งทางใจสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความความยากลำบากในชีวิต ช่วยให้สามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Grotberg, 1999) ภาวะซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญ(Eliopoulos, 2013) โดยจะมีอาการเศร้ามาก ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร ซึ่งถ้าหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, 1999) จากการศึกษาของ Melartin et al. (2004) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ภาวะซึมเศร้านั้นจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง ทั้งนี้การติดต่อสื่อสารทางด้านลบ เช่น การวิจารณ์หรือตำหนิติเตียนและการไม่มีทักษะในการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeste et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเมื่อความเข้มแข็งทางใจลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเข้มแข็งในการยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Schure et al., 2013) ความเข้มแข็งทางใจมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดความเข้มแข็งและมีความมั่นคงทางจิตใจ อันจะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้ (Burns & Anstey, 2010; Seok et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจพบว่ามีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายราย โดยพบว่า กรรณิการ์ ผ่องโต (2555) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพัชราวไล ควรเนตร (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของอุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงและมีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและผลของคะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี และหากได้นำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการดูแลด้วยตามแนวคิดของ Sebern (2005) จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง เนื่องจากเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้กระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น และช่วยลดภาวะ

ซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน (super specialist service : SSS) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย อาการหายทุเลาและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ โดยการบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนอกมีบริการคลินิกโรคซึมเศร้า ซึ่งให้การบำบัดผู้ป่วยหลังจากพบแพทย์ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และพบนักจิตวิทยาในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และยังมีการให้บริการคลินิกกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยเครื่องสนามแม่เหล็ก (TMS) ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารูปแบบใหม่ด้วยการใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้กลับมาทำงานได้ตามปกติผ่านการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นแผนกผู้ป่วยในมีการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคล รายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยพยาบาลและนักจิตวิทยา จากการรวบรวมสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 พบว่ามีจำนวน 59 ราย 60 ราย และ 80 รายตามลำดับซึ่งถือว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาจากสถิติในหอผู้ป่วยพิเศษปัญญา 2 ในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวน 13 ราย โดยได้รับการดูแลด้วยการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลเท่านั้น และยังไม่มีการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจะได้รับเพียงสุขภาพจิตศึกษาหรือคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเท่านั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่หอผู้ป่วยพิเศษปัญญา 2 โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งให้บริการผู้ป่วยแบบ premium ward และเห็นว่าการทำงานดูแลผู้ป่วยและการให้บริการแก่ญาตินั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การบริการด้วยความจริงใจและการให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่กับผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลสวนปรุง คือ ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเหนือตติยภูมิแบบองค์รวม จึงสนใจศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของอุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งจะส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุข ทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

แนวคิดของ Grotberg (1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงในภาวะบีบคั้นที่ต้องเผชิญ และผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ไม่ว่าอยู่ในวัยใดก็ตาม ความสามารถนี้ต้องได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) เป็นลักษณะชอบจะทำสิ่งดีๆ ให้ผู้อื่น นับถือตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่ตนมี (I have) รับรู้ได้ว่าตนมีคนรอบข้างที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง 3) สิ่งที่ตนทำได้(I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตอันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (Maneerat et al., 2011) จากแนวคิดดังกล่าวอุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

ในการสื่อสารมีการทำความเข้าใจ ค้นหาข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และร่วมจัดการปัญหาร่วมกับผู้ป่วย มีการทบทวนทักษะ จากการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม

ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : การสร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม/ (I am), กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วม /(I am), กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม /(I have) และกิจกรรมที่ 4 ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา และสร้างเป้าหมายชีวิตแบบครอบครัวมีส่วนร่วม /(I can)

แนวความคิด

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็น "ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวการณ์เลวร้ายในชีวิต (Adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น" (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ กร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1999) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 'I have' 'I am' และ 'I can' โดยที่ "1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งทางใจ (เช่น มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่ไว้ใจ เชื่อใจได้ เป็นต้น) 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยคนรอบข้าง เป็นคนที่คนอื่น ๆ พูดคุยด้วยแล้วมีความสุข เป็นต้น และ 3) I can (ฉันสามารถ....) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (เช่น สามารถที่จะหาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558 ; Grotberg, 1999) จะเห็นได้ว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นศักยภาพของบุคคลที่เกิดจากการผสมผสานลักษณะทางบวกที่จะช่วยบุคคลในการที่จะเผชิญและต่อสู้กับความเครียดและความเลวร้ายในชีวิต (โสภิณ แสงอ่อน, 2558; Friborg et al., 2006; Grotberg, 1999) อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าหรือป้องกันบุคคลจากการเกิดโรคซึมเศร้าได้

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากรูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งต้องอาศัยสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ดังนั้นบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจติดธุระ ไม่สะดวกมาเข้าร่วมการบำบัดในวันเวลาที่นัดหมาย หรืออาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงแก้ไขโดยการนัดวันและเวลาที่สมาชิกในครอบครัวสะดวก หรืออาจมีการสลับไปใช้ช่องทางออนไลน์ในบางกิจกรรมผ่านโปรแกรมZoom หรือ ใช้การVDO call ผ่านLineแทน กรณีที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีอุปกรณ์อิเล็คทรอนิคส์ ทางทีมให้การบำบัดอาจจะต้องขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจาก อสม. หรือ รพสต.ใกล้บ้าน เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องของอุปกรณ์อิเล็คทรอนิกส์ดังกล่าว

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

4.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวทางเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

4.3 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพต่างๆ ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบ

โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4.4 เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายอื่นๆที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้าลดลง ร้อยละ90

5.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 90