

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางอรพิน...ยอดกลาง.....
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....พยาบาลวิชาชีพ.....ด้าน (ถ้ามี)
 ระดับ...ชำนาญการพิเศษ.....ตำแหน่งเลขที่.....1652.....
 กลุ่มงาน ..การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.....กลุ่มภารกิจ ...การพยาบาล.....
 หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์..... กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง...ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้พยายามฆ่าตัวตาย.
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....กันยายน ..พ.ศ.2565 - เมษายน..พ.ศ....2566.....
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1.1 ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจถึงสาเหตุการเกิดปัญหา ประชากรกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทั้งรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการนำความรู้ทางสถิติมาใช้ในการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือและถูกต้องตามกระบวนการวิทยาศาสตร์

3.1.2 ทฤษฎี แนวคิดการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีแนวคิดที่ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ใช้แนวคิดทางจิตใจ อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายตามทฤษฎีปัญญานิยมถึงสาเหตุการฆ่าตัวตายตามลักษณะความคิดของบุคคล ที่มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา และใช้ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่มีความมั่นใจในการแก้ปัญหา เลือกรูปแบบการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ไม่เห็นแนวทางการแก้ปัญหาอื่น ๆ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย และสอดคล้องตามทฤษฎีการแก้ปัญหา (Problem Solving Theory) ของ D’Zurilla และ Nezu ที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรม หรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (D’Zurilla, 1988)

3.1.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด Dippel, Szota, Cuijpers, Christiansen, & Brakemeier จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดร่วมกับผู้บำบัด จะช่วยกระตุ้น สนับสนุน ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ตามคำแนะนำของผู้บำบัด โดยครอบครัวจะมีบทบาทหน้าที่ในการเข้าร่วมในกิจกรรมตามที่ผู้บำบัดกำหนด เพื่อสังเกตการณ์ และร่วมทำความเข้าใจพร้อมกับผู้ป่วย สังเกตการณ์กิจกรรมที่ผู้บำบัดทำ ให้การช่วยเหลือ ตอบคำถาม ร่วมคิด ร่วมทำกับผู้บำบัด ทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ มาช่วยผู้ป่วย ประสานงานกับผู้บำบัดในเรื่องที่สามารถทำได้ และเป็นผู้คอยกระตุ้น และประคับประคอง ให้กำลังใจ ขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆในการบำบัดที่บ้าน

3.1.4 โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การวิเคราะห์พิจารณาเชิงเหตุผล มีโครงสร้างเหมือนจิตบำบัด จุดเด่นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหานั้น มีขั้นตอนที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน และจะเน้นไปที่การจัดการและแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยตรงเช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

เรื้อรัง หรือปัญหาเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีการจัดการกับปัญหาให้ลดลง และพัฒนาพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

3.2 แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามแนวคิดของทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive therapy) ว่าด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายเป็นไปตามลักษณะความคิดของบุคคล จึงมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา และใช้ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่มีความมั่นใจในการแก้ปัญหา ส่วนใหญ่ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง การควบคุมอารมณ์ตนเองทำได้ไม่ดี ส่งผลต่อการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเลือกวิธีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม อีกทั้งผู้พยายามฆ่าตัวตาย จะมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ซึ่งส่งผลต่อการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีรูปแบบไม่เหมาะสม หรือไม่มีประสิทธิภาพ คือการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น หรือการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง มีทางเลือกในการแก้ปัญหาไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบหรือประเมินผลการแก้ปัญหา ไม่พยายามเผชิญปัญหา ต้องพึ่งบุคคลอื่นในการแก้ปัญหา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ในรูปแบบนี้ จะให้ผลลัพธ์เชิงลบ ความเครียด ความทุกข์ใจก็ยังคงอยู่ (D’Zurilla et al., 2002)

ดังนั้นการสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหา หรือมีวิธีการแก้ปัญหาแบบเหมาะสมจึงได้นำเอาแนวคิดการบำบัดด้วยแก้ปัญหา ของ Nezu&Nezu (2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจกับปัญหา 2) การค้นหาและระบุปัญหา 3) การสร้างหรือหาทางเลือกในการ แก้ปัญหา 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา 6) การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล จะช่วยให้บุคคลเกิดการปรับมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ให้เป็นการมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก เน้นการใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ปัญหาในรูปแบบนี้จะให้ผลลัพธ์เชิงบวก เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข ทำให้ความทุกข์ ความกดดันลดลง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (D’Zurilla, 1988; D’Zurilla et al., 2002) ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการแก้ปัญหา ปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) มาเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Positive Problem Orientation)ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจวิธีการแก้ปัญหา 3 แบบ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการแก้ปัญหา มีการฝึกพิจารณาทางเลือกหลายๆ ทาง และมีทางออกในการแก้ปัญหา

Durkheim (1996) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ สิ่งแวดล้อมในสังคม หากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคมไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ ไม่เป็นที่ยอมรับ เกิดความรู้สึกไร้ค่า และไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้ เมื่อต้องเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่สุด เพื่อให้ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและยังคงสภาพของการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี จากการที่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยกระตุ้น สนับสนุน ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ซึ่งจะเรียนรู้และเข้าใจการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปพร้อมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ร่วมกัน จนผ่านพ้นไปได้ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดความมั่นใจตระหนักว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ เห็นคุณค่าในตนเอง จนเกิดปัจจัยปกป้องภายในและแม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต ก็ยังคงสามารถดูแล กำกับตนเอง และเลือกใช้ชีวิตแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ไม่กลับไปใช้แบบหุนหันพลันแล่น หรือการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และไม่ฆ่าตัวตาย

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และจิตเวชชุมชน จากการทบทวนผลการปฏิบัติงาน 5 ปี ย้อนหลังในปีงบประมาณ 2559 - 2563 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีอารมณ์

ซีเมสเร้า มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 6,678 , 7,949 , 8,628 , 9,415 และ 9,839 ราย ตามลำดับ 2) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3,588 , 3,640 , 3,696 , 4,007 และ 4,161 ตามลำดับและ 3) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 5,232 , 4,975 , 4,121, 4,268 และ 3,901 ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล มีจำนวน 360 , 213 , 274 , 648 และ 251 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2563) จากการสัมภาษณ์ผู้มีประวัติทำร้ายตนเองซ้ำ ที่มารับบริการที่งานบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่ระบุถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องของการยังคงมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกครั้ง ได้แก่ การยังคงมีความรู้สึกผิดและถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สร้างปัญหาให้กับผู้อื่นและครอบครัว มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่น ความภาคภูมิใจถูกทำลาย (6 ราย) รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ไร้ค่า ดำเนินตนเอง หงุดหงิดง่าย คิดซ้ำ พูดลำบาก หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม นอนไม่ค่อยหลับ ตัดสินใจเรื่องซ้ำ สูญเสียหน้าที่การงาน ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้และเผชิญปัญหาตามลำพัง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายซ้ำอีกครั้ง (9 ราย) ทำให้พบอุบัติการณ์ ของการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วย อยู่ที่ ร้อยละ 4.2, 2.6, และ 3.86 ตามลำดับ ทำให้ในปี 2563 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้กำหนดประเด็นปัญหาดังกล่าว เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของหน่วยงาน ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลฆ่าตัวตายสำเร็จ 0 คน 2) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 0 ราย 3) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 86 และ 4) ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการปรึกษาและการบำบัดทางจิตสังคม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 80 โดยมีรูปแบบกระบวนการบำบัดรักษาของหน่วยงาน ประกอบด้วย การคัดกรองด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบ่งชี้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การรักษาด้วยยา การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจำกัดการเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และทำหน้าที่ให้บริการงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงสนใจศึกษานำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) มาประยุกต์ให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทเป็นผู้คอยกระตุ้น และกระตุ้นประคอง ให้กำลังใจขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆของการบำบัดที่บ้าน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆมาช่วยผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะได้เป็นการยืนยันเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถนำมาใช้ในงานประจำต่อไปและขยายผลให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพ ทั่วประเทศ ต่อการลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ในการเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับอาเซียนและบทบาทหน้าที่ในฐานะศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งหนึ่งในภารกิจที่รับผิดชอบคือการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายและความเป็นเลิศในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองต่อการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) กรมสุขภาพจิต และแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561 - 2580) ที่กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 5.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2580 ได้เป็นผลสำเร็จ

ขั้นตอนการดำเนินงาน เป็นการดำเนินการกิจกรรมตามการบำบัดให้กับผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) ระยะเริ่มต้นการบำบัด การทำความเข้าใจกับปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 2) การทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหาร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง และการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจและแก้ปัญหาของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้ช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ ประคับประคอง ขั้นตอนที่ 4) การมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา(ปัญหา

ที่ 1) ร่วมกับครอบครัว ขั้นตอนที่ 5 การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ร่วมกับครอบครัว
 ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา ร่วมกับครอบครัวและยุติการบำบัด ใช้ระยะเวลา
 ในการบำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ละ 3
 ครั้ง วันเว้นวัน) รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยในทุกกิจกรรม จะมีครอบครัวมาร่วมในกิจกรรมตามการแนะนำของ
 ผู้บำบัด และติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ในระยะเวลา 1, 3 เดือน

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ :

5.1. ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบ
 ครอบครัวมีส่วนร่วมยังคงลดลง และหรือ ไม่เพิ่มขึ้น ทั้งในระยะสิ้นสุดการหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมไปแล้วใน
 ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

5.2 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดย
 การแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีระดับน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
 ตามปกติ ทั้งในระยะสิ้นสุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทั้งในระยะสิ้นสุดการหลังเสร็จสิ้น
 โปรแกรมในระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

เชิงคุณภาพ : มีรูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดแนวโน้มนำต่อ
 การฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เขตบริการสุขภาพที่ 7 และขยายผลไปยังพื้นที่ทั่วประเทศ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 นำเสนอต่อผู้บริหารทางการแพทย์ และคณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิก และ คณะกรรมการ
 พัฒนาหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายด้านการบำบัดรักษาทางจิตสังคมผู้พยายามฆ่าตัวตาย
 ของหน่วยงาน

6.2 พัฒนารูปแบบทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดแนวโน้มนำต่อ
 การฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เขตบริการสุขภาพที่ 7 และขยายผลไปยังพื้นที่ทั่วประเทศ

6.3 การลดค่าความสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกรณีและผู้ฆ่าตัวตายเป็นผู้ชายที่มีค่า
 สูญเสียเฉพาะอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งในปี พ.ศ 2542 ที่ได้มีการคำนวณเป็นค่าสูญเสีย
 ได้เท่ากับ 147, 988 DALYs หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้น้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี การลดปัญหานี้ลง
 ได้ร้อยละ 5 จะสามารถลดความสูญเสียได้น้อย 250 ล้านบาทต่อปี

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการที่กลุ่มตัวอย่าง จะประกอบด้วยผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีค่าความ
 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง ที่ได้จากการประเมิน Mini-suicide (คะแนน M.I.N.I.-Suicide เท่ากับ 9-
 16 คะแนน) และจะต้องมีผู้ดูแลหลัก หรือ ครอบครัว เข้าร่วมในกิจกรรมระหว่างการบำบัด จำนวน 6 ครั้ง เป็น
 เวลา 2สัปดาห์ ทำให้ในช่วงกิจกรรมครั้งที่ 5 ขึ้นไป อาจทำให้ ผู้รับการบำบัดและ ผู้ดูแลหลัก หรือ ครอบครัว
 เกิดความเหนื่อยล้า ไม่ทำกิจกรรมการบ้านตามที่มอบหมายให้ และ ขอดออกจากโปรแกรม

7.2 ผู้บำบัด และผู้ร่วมบำบัด จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎี แนวคิดการฆ่าตัวตาย ผ่านการอบรม
 จากผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์และชำนาญในการบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการบำบัดด้วยการ
 แก้ปัญหา อีกทั้ง จะต้องชัดเจนขั้นตอนการบำบัด อาจทำให้ยุ่งยากในการทำหน้าที่ทดแทนกรณีที่ผู้บำบัดไม่
 สามารถทำการบำบัดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ยังคงมีอยู่ในพื้นที่ อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง และอาจไม่มาตามเวลาที่นัดหมาย หรือขอยุติเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้จำนวนของกลุ่มเป้าหมายลดจำนวนลง ไม่เพียงพอต่อการเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดี

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 ผู้บำบัด ควรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการ D-M-H-T-T เพื่อป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดและทำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสวมหน้ากาก - ล้างมือบ่อย ๆ - เว้นระยะห่าง รวมทั้งสถานที่ในการบำบัด มีระบบระบายอากาศที่ดี มีการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลฆ่าเชื้อ

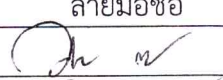
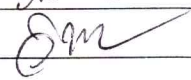
9.2 ผู้วิจัย มีการประสานไปยังกลุ่มตัวอย่าง เมื่อใกล้ถึงเวลานัดหมาย รวมทั้ง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการให้พอเหมาะ

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ.....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวิภาดา คณະไชย	10	
นางสาววิไลลักษณ์ ชินโน	10	

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางอรพิน...ยอดกลาง.....
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.....พยาบาลวิชาชีพ.....ด้าน (ถ้ามี)
 ระดับ.....ชำนาญการพิเศษ.....ตำแหน่งเลขที่.....1652.....
 กลุ่มงาน ..การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.....กลุ่มภารกิจ ...การพยาบาล.....
 หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์..... กรมสุขภาพจิต-----

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย : การสังเคราะห์งานวิจัย
- 2) หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2000) กล่าวว่าพฤติกรรมของ การฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของบุคคลไม่สามารถที่จะปรับ หรือไม่สามารถรับความ กดดันในชีวิตประจำวันได้ ไม่สามารถที่จะทนอยู่กับความ ทุกข์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ ส่วนใหญ่จะมีสภาพจิตใจที่ห่อเหี่ยว ผิดหวังกับคุณภาพชีวิตของตนและ ประมาณ 60 % มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มีเจตนาที่จะจบชีวิตเพื่อหนี หรือเปลี่ยนสภาพการดำเนินชีวิตที่ทุกข์ทรมานของตนแต่ไม่เป็นผลสำเร็จ และประมาณ 40 % จะมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก ภายหลังจากที่มีการพยายามฆ่าตัวตายผ่านไปประมาณ 3 เดือน จนถึง 2 ปี พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวจะ มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งฆ่าตัวตายสำเร็จในภายหลัง สำหรับประเทศไทย ในช่วงปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูล 43 แห่งข้อมูลทั่วประเทศ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการทั่วประเทศ 22,845 คน จะเป็นผู้ที่เคยมีประวัติของการฆ่าตัวตายมาก่อนมากถึง 1,400 คน (ร้อยละ 6.12) และ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำเหล่านี้ จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 3 ส่วนใหญ่คนที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะเป็นคนที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ เป็นเวลา ยาวนาน เช่น ซึมเศร้า กังวล มีปัญหาเกี่ยวกับญาติ ว่างานหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติดเป็นต้น ซึ่ง บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พิจารณาถึงบุคลิกภาพของแต่ละคน ด้านความสามารถในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม และ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้นๆ รวมทั้งปัจจัยและสาเหตุของการฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น การมี ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด การมีโรคทางจิตเวชและปัญหาทางครอบครัว

ผลกระทบที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย ได้ถูกจัดเป็นอุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะสูญเสีย ในปี พ.ศ. 2540 ของโรคที่เกิดการสูญเสียทั้งหมด การฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของโรคที่เกิด การสูญเสียทั้งหมด (WHO, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า กระบวนการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ คือ จัดให้มีการบริการดูแลด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่คิด ฆ่าตัวตาย การให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการปรึกษารายบุคคล และการปรึกษาแบบครอบครัวจะ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหารวมถึงมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายใน การ ช่วยคนที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกไม่ให้เกิดซ้ำอีก จึงจำเป็นจะต้องให้การดูแลที่ดีต่อผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล รวมทั้งการให้การดูแลต่อเนื่องหลังจากที่เป็นคนไข้นอกหรือคนไข้ในแผนกสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ที่ หลากหลาย เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาที่ซับซ้อน มีสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลายประการ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการเผชิญเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตโดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์ และด้านจิตใจ ทำให้บุคคลใช้วิธีการฆ่าตัวตายเป็นทางแก้ปัญหา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์, 2548)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญห (Problem Solving Therapy) เป็น การบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรมรูปแบบหนึ่ง ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิด

ความคิดทางบวกและมองปัญหาตามความเป็นจริง โดยมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็นผลโดยมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (D'Zurilla, 1988) จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ใช้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้พยายามฆ่าตัวตายในต่างประเทศพบว่ามีจำนวนมากพอและครอบคลุมในเกือบทุกกลุ่มอายุ ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา PST จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และ ความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน และหลังจากการบำบัดผู้ป่วยมีทักษะทาง สังคมดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย การนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ยังมีไม่มากอีกทั้งยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาสังเคราะห์เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาที่ได้รับส่งเสริมความสามารถของผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มองเห็นประเด็นปัญหาของตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยหลังจากประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยแล้ว ผู้ศึกษานำงานวิจัยนี้มาสรุปและวิเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญแล้วนำเสนอเป็นตารางที่ประกอบด้วยคุณสมบัติของผู้เข้ารับการบำบัดและผู้บำบัด รูปแบบการบำบัด จำนวนครั้งและเวลาที่ใช้ในการบำบัดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลระยะการติดตามประเมินผล และผลการศึกษาแล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาสังเคราะห์แล้วเสนอเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้ควรพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่มีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน มีการปรับให้เหมาะกับลักษณะของประชากรและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กรอบการวิเคราะห์ /แนวคิด/ทฤษฎี

กระบวนการวิจัยเชิงสังเคราะห์เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงระบบและนโยบายประเภทหนึ่ง ซึ่งกระบวนการสังเคราะห์งานวิจัย (research synthesis) หมายถึง การนำผลงานวิจัยตั้งแต่ 2 ชิ้นขึ้นไปมาบูรณาการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อนำผลการวิจัยทั้งหมดมาหาข้อสรุปร่วมกันในเรื่องที่ศึกษาโดยเป็นการพัฒนาต่อยอดจากผลงานวิจัยเดิม การสังเคราะห์งานวิจัย จึงเป็นการใช้ เทคนิควิธีการวิจัยตามระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่นำผลการวิจัยจากหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นปัญหาวิจัยเดียวกันมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ หรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและนำเสนอข้อสรุปอย่างมีระบบ ทำให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่ต้องการซึ่งมีลักษณะที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยการสังเคราะห์งานวิจัยมีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญ คือ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่องให้ข้อค้นพบแต่ละมุมของปรากฏการณ์ที่นักวิจัยต้องการศึกษา และเมื่อนำผลการวิจัยมาสังเคราะห์รวมกัน ผลการสังเคราะห์ที่ได้รับจะมีความกว้างขวางและลุ่มลึกมากกว่าที่จะได้รับจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง (นงลักษณ์วิรัชชัย, 2542) จุดมุ่งหมายของการสังเคราะห์การวิจัย เพื่อให้ได้ข้อความรู้ในเชิงสรุปผลการวิจัยที่มีอยู่กระจัดกระจาย ให้มีความชัดเจนและได้ข้อยุติยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1 ผู้สังเคราะห์งานวิจัย ควรมีความรู้พื้นฐานที่สำคัญคือ ความรู้ในเนื้อหาที่วิจัย ความรู้ในระเบียบวิธีวิจัย ความรู้ในหลักการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ต้องชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องการทบทวนวรรณกรรม นำไปสู่การกำหนดคำถามในการทบทวนวรรณกรรม เรื่องที่มีรายงานวิจัยจำนวนมากพอ และเป็นเรื่องที่ยังไม่เคยมีใครทำการทบทวนมาก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน

2 ผู้สังเคราะห์ ควรเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นมาโดยเฉพาะในการดำเนินการเพื่อการสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเท่านั้น ไม่ควรเป็นเจ้าของผลงานวิจัยนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความลำเอียงเข้าข้างตนเองในการสังเคราะห์องค์ความรู้งานวิจัยนั้น

3 กระบวนการวิจัยเชิงสังเคราะห์ ต้องอาศัยการทำงานและสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา และอาศัยการดึงผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยเข้ามามีส่วนร่วม โดยจำเป็นต้องมีการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัย โดยมีการนำเสนอข้อสรุปในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1. พยาบาลวิชาชีพของหน่วยงาน และหน่วยงานภายนอก จะมีข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ตามความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย จัดข้อจำกัดหรือแก้ไขปัญหุปสรรคที่จะมีผลต่อการบำบัด และให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการที่จะลดความเสี่ยงหรือป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2. ผู้รับบริการจะมีโปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อีกหนึ่งทางเลือกของการมารับบริการ โดยที่โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้ได้ผ่านการพัฒนาตามข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

4.3. ตอบสนองต่อนโยบาย และเข็มมุ่งขององค์กรในการเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับประเทศ และตอบสนองต่อตัวชี้วัดของหน่วยงาน “ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี”

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1. มีโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาจากงานวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ให้ผลลัพธ์ต่อการที่จะลดความเสี่ยงหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2. ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายลดลงและไม่กลับมาฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์การได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
 (.....นายอรพิน..ยอดกลาง.....)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

วันที่ธันวาคม ..2565.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
 (นายธรณินทร์ กองสุข)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่ 14 ธ.ค. 2565

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
 (นายธรณินทร์ กองสุข)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่ 14 ธ.ค. 2565

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้