

## ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางปริสณา ใจกิจสุวรรณ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับ ข้าราชการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 268, 271, 272, 281, 346, 365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง ผลของการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี ต่อการควบคุมอารมณ์และความคิด ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลศรีธัญญา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เมษายน 2566 – ปัจจุบัน

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1) ความรู้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน ความรู้ความเข้าใจภาษาอังกฤษ เพราะต้องใช้ในการสืบค้นข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ การอ่านทำความเข้าใจหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้

3.2) ความรู้ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลฐานข้อมูลวิจัยผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น การกำหนด PICO เพื่อใช้คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จึงจะสามารถสืบค้นข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้เหมาะสมกับเรื่องที่ทำการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

3.3) ความรู้ความสามารถในการวิจัย สถิติ รวมถึง Good Clinical Practice จึงจะสามารถพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการ IRB ได้

3.4) ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์ผลการศึกษา

3.5) ความชำนาญงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคทางจิตเวชความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนทักษะความชำนาญในการการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy : DBT) จึงจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1) สรุปสาระสำคัญ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้น จากรายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ระหว่างปี 2558 – 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.3 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) กรมสุขภาพจิตรายงานตัวเลขผู้มารับบริการด้านจิตเวชจำแนกรายโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม พบว่า ระหว่างปี 2558 – 2559 มีผู้ป่วย จิตเภท วิตกกังวล และซึมเศร้ามากเป็น 3 อันดับแรก ต่อมาในปี 2560 เป็นต้นมา นอกจาก 3 โรคนี้แล้ว ผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ยังมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ภาวะติดสุรา ติดสารเสพติดอื่นๆ สมาธิสั้น และโรคจิตเวชอื่นๆ เพิ่มขึ้นจาก 88,753 คน เป็น 436,012 คน ทั้งนี้ ในปี 2564 โรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม 622,172 คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 3.99 ล้านคน (ศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชประเทศไทย, 2565) โรงพยาบาลศรีธัญญา ให้บริการผู้ไม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ช่วงปี 2559 จนถึงปัจจุบัน โรคจิตเภท (F20) คิดเป็นร้อยละ 47.68 ของ ผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยในทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค โดยมี ยอดสะสมถึง 14,907 ราย (รายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2564) รวมทั้งอาการและโรค 39 รายการตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Relate Health Problem) เข้าไว้ด้วยกัน มีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (นับรวมอาการในกลุ่มนี้ เช่น ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต ความผิดปกติทาง

อารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดเกมในผู้ใหญ่ โรควิตกกังวล ซึมเศร้า และการติดสารเสพติด (Rocket Media Lab, 2566)

ท่ามกลางบริบทแห่งการพัฒนาที่ก้าวสู่ความเป็นเลิศในหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เศรษฐกิจ อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว ฯลฯ ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการทำงาน การดำเนินชีวิต หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้คนในสังคมเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเวช มักถูกคนรอบข้างหรือสังคมมองด้วยความรู้สึกที่ไม่ดี หรือถูกตีตราว่าเป็น “คนโรคจิต” ทำให้ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกไม่ดี และอายที่จะไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการให้ดีขึ้น ทั้งนี้จากข้อมูลประมาณการของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2551 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยราว 1.2 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาเพียง 1.5 แสนคน ความบกพร่องหรือพิการที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือโรคจิตเวช เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว ตลอดจนมีส่วนทำให้เกิดเป็นภาระโรคในลำดับต้นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2565) จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราและการเสพสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย และ 80 % ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561) ปัญหาสุขภาพจิตคืออภิมิติของชีวิตที่บันทึกซ่อนเร้อย่าง ไม่คาดคิด ไม่ว่าคุณจะมีสมาธิหรือยอมรับมันหรือไม่ ภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก สมอง และหัวใจ ย่อมมีผลกับเราอย่างปฏิเสธไม่ได้ บางคนอาจเพียงคิดไม่ตก นอนไม่หลับ ใช้ชีวิตอย่างไม่มีประสิทธิภาพ แต่บางครั้งอาจสูญเสียตัวตนไปจนถึงชีวิต (ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, 2562) แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีการปรึกษาตามแนวปัญหาพฤติกรรมนิยมอาจไม่เหมาะสมกับ ผู้ที่ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อน มีปัญหาด้านการเรียนรู้ และผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่มีความพร้อมต่อการเข้าร่วม การบำบัด ซึ่งเป็นการยากที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจและ จดจ่อต่อการค้นหาความคิดอัตโนมัติ และปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมของตนเองได้ (Beech, 2000) การพิจารณายอมรับความคิด และความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าได้อย่างชัดเจนและยึดมั่นกับพฤติกรรม เป้าหมายตาม ความต้องการของแต่ละบุคคล โดยเน้นการฝึกให้บุคคลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility) และเต็มใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Haenjohn, 2010)

พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy : DBT) เป็นจิตบำบัดที่ออกแบบเพื่อช่วยให้เปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมที่ไร้ประโยชน์ เช่น การทำร้ายตัวเอง การคิดถึงการฆ่าตัวตาย และการติดสารเสพติด วิธีนี้ช่วยให้ควบคุมอารมณ์และความคิดของตนได้มากขึ้นโดยเรียนรู้เกี่ยวกับชนวนที่จุดปฏิกิริยา และช่วยประเมินว่าจะใช้ทักษะเช่นไร ในการรับมือกับลำดับเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ สถิติเป็นแนวคิดหลักอย่างหนึ่งของ DBT ซึ่งมองว่าเป็นฐานของทักษะอื่น ๆ ที่สอนใน DBT เพราะช่วยบุคคลให้ยอมรับและอดทนต่ออารมณ์แรงที่อาจรู้สึกเมื่อมีการขัดแย้ง ขัดใจหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์เสีย แนวคิดเกี่ยวกับสติและการฝึกสติได้มาจากการปฏิบัติในพุทธศาสนา แม้ว่าที่ใช้ใน DBT จะไม่รวมแนวคิด ทางอภิปรัชญา สำหรับ DBT สถิติเป็นสมรรถภาพในการให้ความใส่ใจ โดยไม่ตัดสินชั่ว ต่อขณะนี้ปัจจุบัน เป็นเรื่องใช้ชีวิตในปัจจุบัน โดยประสบกับสัมผัสความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองเต็ม ๆ แต่พร้อมกับความเข้าใจสมมุติว่าทุกคนพยายามทำดีที่สุด แต่ว่าไม่ขาดทักษะก็ได้การเสริมแรง (reinforcement) ไม่ทางลบกัทางบวก ที่รบกวนการดำเนินชีวิตที่ดี ด้วยเพราะหลายเหตุปัจจัยข้างต้นยังคงก่อตัวและดำเนินอยู่ เพื่อการคัดกรอง ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ แบบองค์รวม โดยเชื่อมต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องกับครอบครัวและชุมชน การปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคม ตลอดจนการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเวช มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนาระบบ

การบริการ รวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อคุณภาพชีวิตผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกจึงสนใจการพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy)

ในผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จาก การกับความคิดและพฤติกรรมที่ไร้ประโยชน์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### 4.2) ขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมาย

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกมีขั้นตอนการดำเนินการ โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงาน คือ การใช้ การพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มี ประสิทธิภาพ สรุปเป็นแผนการดำเนินการ ดังนี้

#### 5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### 5.1) ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

- มีการใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
- มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัด พื้นฟูสมรรถภาพด้วยการใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี

##### 5.2) ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

- รูปแบบการใช้การพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy) มีความเหมาะสมสำหรับ ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
- ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง

#### 6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1) มีรูปแบบการบำบัดทางจิตวิทยา สำหรับใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้านอนรักษาในโรงพยาบาล

6.2) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้เข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy) สามารถจัดการกับความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ได้ดีขึ้น

#### 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก ต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน การสืบค้นข้อมูลฐานข้อมูลวิจัยผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นตัวเลขและเนื้อหา เพื่อสรุปการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และวิเคราะห์ผลการศึกษาความรู้เรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี รวมถึงทักษะความชำนาญในการการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สติบำบัด หรือ สิ่งแวดล้อมบำบัด จึงจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

#### 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1) ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ มีความหลากหลายของโรค อาจมีความยุ่งยากในการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า

8.2) ระยะเวลาของการศึกษาอาจต้องขยายออกไป เนื่องจากรูปแบบของการบำบัดมีความละเอียดอ่อน

8.3) จากสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ทำให้เกิดความล่าช้าของการศึกษา เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความปลอดภัยของการแพร่กระจายของเชื้อ

#### 9) ข้อเสนอแนะ

9.1) ด้านการบริหารการพยาบาล พัฒนาสมรรถนะพยาบาลจิตเวชให้สามารถใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี ดังกล่าว เพื่อลดความคิดที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

9.2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี ไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

9.3) ด้านการวิจัย เป็นพื้นฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โดยวิธีการใช้การบำบัดแบบบริภาษวิธี ต่อไป

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

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

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 80 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ     |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|
| นางมาลินี ชื่นชอบ           | ร้อยละ 15                | มาลินี ชื่นชอบ |
| นางสาวอรทัย พิมพ์รัตน์      | ร้อยละ 5                 | Orn            |

## ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางปริสณา ใจกิจสุวรรณ

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ด้าน (ถ้ามี) การพยาบาล

ระดับ ข้าราชการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 265 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 270 กลุ่มงานการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 268, 271, 272, 281, 346, 365 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสภาวะ เพื่อการลดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วย จิตเวชที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

2) หลักการและเหตุผล

การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและพบว่าการฆ่าตัวตาย สำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี (Chang, Gitlin & Patel, 2011; Värnik, 2012; WHO, 2018) หรือทุก 40 วินาที จะมีหนึ่งคนที่ฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สูงถึงร้อยละ 45 (Karch, Logan & Patel, 2011; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรคนุคลิกภาพผิดปกติ (Laursen & Munk-Olsen, 2012; Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2013; Bruins et al., 2014; Sarris, O'Neil, Coulson, Schweitzer & Berk, 2014; Berardelli et al., 2018) กลุ่มที่ใช้สารเสพติด กลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์ (WHO, 2016; Dodds, 2017) โดยพบว่าการดื่มสุราอย่างหนักและ การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความหุนหันพลันแล่น ความก้าวร้าว การล่วงละเมิดบรรทัดฐาน ทางสังคม การไม่ใช้วิจารณญาณ การสัมผัสผู้ที่ผิดปกติ และเพิ่มความเจ็บปวดที่นำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1) บทวิเคราะห์ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ยังคงเกี่ยวข้องในมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะในยุคสังคมออนไลน์ที่กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และลอกเลียนแบบ (copycat suicide) และวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความเร่งรีบ โครงสร้างครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว และ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลงและการที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งผู้ดูแลและยังมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไว้ ลูกหลานดูแลเพิ่มขึ้น ด้านพฤติกรรมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทยที่ชัดเจนที่สุด คือ ความชุกของผู้บริโภคใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความชุกของผู้บริโภคประจำลดลงเล็กน้อยและ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีคงที่ แสดงให้เห็นว่า ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หน้าใหม่มีเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมการดื่มเป็นนักดื่มแบบครั้งคราว (occasional drinker) ซึ่งน้อยกว่า 1 วันต่อ สัปดาห์สิ่งเหล่านี้ จึงมีความสอดคล้องไปกับปัจจัยที่พบในรายละเอียดของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากการสอบสวน สาเหตุการฆ่าตัวตาย ที่พบว่า ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงสูงถึงสี่เท่า โดยจะพบว่าผู้ชายที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จ จะอยู่ในช่วงอายุ 35-39 ปี ส่วนผู้หญิงที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะอยู่ในช่วงอายุ 50-54 ปี

3.2) แนวความคิด กระบวนการดำเนินงาน จึงประกอบด้วย 1) การเสริมสร้าง ความรอบรู้ ปรับมุมมอง ด้านบวก ลดอคติและการสร้างตราบาปของการฆ่าตัวตายและการป่วยโรคจิตเวช 2) การลดปัจจัยเสี่ยง : ผู้ที่มี วิถีชีวิตไม่ได้คิดฆ่าตัวตายทุกคน สิ่งสำคัญ คือ การมีบุคคลที่เข้าใจ มารับฟังด้วยหัวใจ ดังนั้น เป็นผู้ฟังที่ดีให้ มากขึ้น โดยเริ่มต้นจากการรับฟัง คนใกล้ชิด คนในครอบครัว หรือคนรอบข้างทั้งในสถานที่ทำงานหรือ

สถานศึกษา ให้ได้ระบายความทุกข์ใจ ความเศร้าใจ ซึ่งจะช่วยให้คลายเครียด มีกำลังใจ และมีความสุขสบายใจมากขึ้น 3) มาตรการเสริมและสร้างปัจจัยปกป้อง : ผู้ทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิต การป้องกันไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำจะต้องมีระบบการดูแล ช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง 4) มาตรการสร้างความร่วมมือจากญาติและชุมชน โดยมีเครือข่ายภาคสังคมเข้ามีส่วนร่วม : ปัญหาและวิกฤติชีวิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมีหลากหลายทั้งปัญหาความสัมพันธ์ เศรษฐกิจ กฎหมาย การทำงาน การเรียนและสุขภาพ การมีส่วนร่วมของญาติและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การช่วยเหลือประสบผลสำเร็จการ เสริมสร้างปัจจัยปกป้อง จะช่วยให้ผู้ที่กำลังประสบวิกฤติในชีวิต ไม่โดดเดี่ยว กลับมามีความสุขเข้มแข็งทางใจ และ ผ่านพ้นวิกฤตินั้นได้เป็นผลสำเร็จ

3.3) ข้อเสนอ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการทำร้ายตนเองประกอบด้วย

- 1) บุคคลควรได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายที่ดีอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้านจิตใจให้ ยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่
- 2) ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน 3) หน่วยงานมีระบบบริการการดูแล ช่วยเหลือ ฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากหอผู้ป่วย สู่ชุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรง จากบุคลากรและครอบครัว ชุมชน รวมทั้งสังคมรอบข้าง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง มีทักษะในการจัดการปรับตัว ต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีความเข้มแข็งทางใจ และดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข
2. การกลับมาใช้ชีวิตด้วยพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชลดลง
3. บุคลากรวิชาชีพมีทางเลือก/แนวทางที่ใช้ในการการบำบัด ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

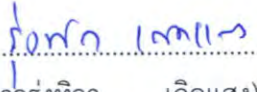
5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ความสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ 1) จำนวนรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 2) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัด ดูแลด้วยกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและมีสุขภาวะ
2. ความสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ 1) รูปแบบการดูแลเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีความเหมาะสมสำหรับใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา 2) ความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่นอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมิ่นสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือนรวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการ ในปีงบประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ .....  ..... (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)  
(นางปริสณา ใจกิจสุวรรณ)  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....  ..... (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)  
(นางสาวรุ่งทิวา เกิดแสง)  
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล  
วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ลงชื่อ .....  ..... (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)  
(นางมธุรรดา สุวรรณโพธิ์)  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา  
วันที่ ..... 26 พฤษภาคม 2566 .....

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้