

ประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลเขาสุกิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

จังหวัดจันทบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุธิดา ดุษฎี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเขาสุกิม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางชจีพร ธีราทรง)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดจันทบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลเขาสุกิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุธิดา ดุษฎี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเขาสุกิม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๓๐๐๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเขาสุกิม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๐๐๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย					๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย

2. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 9 ธันวาคม 2567-วันที่ 11 ธันวาคม 2567

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและกำลังเพิ่มมากขึ้นในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า มีประชากรกว่า 280 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความพิการ การสูญเสียคุณภาพชีวิต และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนทั่วโลก หรือคิดเป็น 1 คนทุก 40 วินาที โดยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม (WHO, 2022) กระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขโดยรวม

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28.5 ที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องทันท่วงที ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น รวมถึงโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายมากขึ้น ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละกว่า 4,000 คน และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม ส่งผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ทั้งในด้านการสูญเสียกำลังแรงงาน การเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาวของครอบครัวผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2566)

สำหรับโรงพยาบาลเขาสุกิม พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ได้แก่ ปี 2566 จำนวน 135 ราย ปี 2567 จำนวน 221 ราย และปี 2568 จำนวน 286 ราย แสดงให้เห็นว่าปัญหาโรคซึมเศร้าในชุมชนมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวเป็นสัญญาณที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดระบบการดูแลรักษาอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมย่อมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเขาสุกิม, 2568)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลที่มีคุณภาพและครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลถือเป็นบุคลากรด่านหน้า (Frontline) ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด มีบทบาทสำคัญทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพจิต การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และการให้การพยาบาลที่รวดเร็ว รอบคอบ และถูกต้องตามหลักวิชาการ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องใช้ทักษะเฉพาะทางด้านจิตเวช เช่น การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลยังมีบทบาท

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในการติดตามต่อเนื่องและให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง การใช้ยาอย่างถูกต้อง การปรับตัวทางจิตใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อเป็นกำลังสนับสนุนผู้ป่วย การดำเนินการเชิงรุกเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลจิตเวช (สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

3.2 ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีพื้นฐานทางชีวภาพ และประสาทวิทยาที่ซับซ้อน เกิดจากการทำงานผิดปกติของ ระบบสารสื่อประสาท, การทำงานของสมอง และการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย

พยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า (Pathophysiology)

การทำงานของสารสื่อประสาท เซโรโทนิน (Serotonin, 5-HT) มีความสำคัญต่อการควบคุมอารมณ์ ความวิตกกังวล และความอยากอาหาร ความไม่สมดุลของเซโรโทนินในระบบ limbic และ prefrontal cortex พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการเศร้าและวิตกกังวลของผู้ป่วย (Lopez & Murray, 1998 อ้างใน วิทยา ศรีมาดา และคณะ, 2546) ขณะเดียวกัน นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine, NE) ที่ลดลงใน locus coeruleus และ prefrontal cortex ส่งผลต่อสมาธิ ความตื่นตัว และการตอบสนองต่อความเครียด ส่วนโดปามีน (Dopamine) ใน mesolimbic pathway ที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยมีความสุขลดลงและสูญเสียแรงจูงใจ (anhedonia) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2562)

อีกหนึ่งกลไกสำคัญคือ แกน HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis) ที่ถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลในเลือดสูงเรื้อรัง การมีคอร์ติซอลสูงเรื้อรังนี้สัมพันธ์กับการฝ่อของฮิปโปแคมปัส (hippocampal atrophy) ซึ่งส่งผลต่อความจำและอารมณ์ นอกจากนี้ การทำงานผิดปกติของ glucocorticoid receptor ยังลดประสิทธิภาพของ feedback inhibition ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่เต็มที่ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมองก็มีบทบาทต่อโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน พบว่า prefrontal cortex มีปริมาตรและกิจกรรมลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและควบคุมอารมณ์ ขณะที่ amygdala มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไวต่อความเครียดและความกลัว ส่วน hippocampus มีปริมาตรลดลงเกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านความจำและการเรียนรู้ และ anterior cingulate cortex มีการทำงานลดลง ทำให้การควบคุมอารมณ์และความวิตกกังวลบกพร่องในระดับโมเลกุลและพันธุกรรม BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) ลดลง ทำให้การสร้างเซลล์ประสาทใหม่และ synaptic plasticity ลดลง นอกจากนี้ ความเครียดเรื้อรังยังสามารถก่อให้เกิด epigenetic modification เช่น methylation ของยีนที่เกี่ยวข้องกับ serotonin transporter และ BDNF ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกของยีนและความไวต่อความเครียด ประวัติครอบครัวที่มีโรคซึมเศร้าก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ ประมาณ 40–50% พยาธิสภาพดังกล่าวเชื่อมโยงโดยตรงกับอาการทางคลินิก เช่น อารมณ์เศร้า และ ความสิ้นหวัง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกิดจากการลดลงของ serotonin และ dopamine อาการไม่สนใจหรือไม่สุขใจ ภาวะสิ้นยินดี(anhedonia) เกิดจาก dopamine ใน mesolimbic pathway ลดลง ความบกพร่องด้านความจำและสมาธิสัมพันธ์กับ hippocampal atrophy และ prefrontal cortex dysfunction ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เกิดจากการผสมผสานของความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความเครียดเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสมอง (ศิริรัตน์ คุปติอนันต์, 2564; สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

สาเหตุของโรคซึมเศร้า (Etiology) แบ่งได้ดังนี้

1) ปัจจัยชีวภาพ (Biological factors)

การเกิดโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและสารสื่อประสาทหลายชนิด โดยเฉพาะ serotonin, norepinephrine และ dopamine ซึ่งสารสื่อประสาทเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของมนุษย์ ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า ความสนใจลดลง และความสุขลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ แกนHPA (Hypothalamic Pituitary-Adrenal axis) และยังมีบทบาทสำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมักมีการกระตุ้นแกน HPA อย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับคอร์ติซอลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง การมีคอร์ติซอลสูงเป็นเวลานานส่งผลต่อการฝ่อของฮิปโปแคมปัสและการทำงานของprefrontal cortex ซึ่งสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านความจำ การประมวลผลความคิด และการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ประมาณ 40–50% (สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

2) ปัจจัยจิตวิทยา (Psychological factors)

ผู้ที่มีประสบการณ์ความสูญเสีย การถูกทอดทิ้ง หรือมีความเครียดสะสมจากชีวิตประจำวัน มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ รูปแบบความคิดเชิงลบ การประเมินตนเองต่ำ และความรู้สึกไร้ค่า จึงส่งเสริมให้เกิดภาวะสิ้นหวังและอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง (สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

3) ปัจจัยสังคม (Social factors)

ความขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ความขัดแย้งในครอบครัว การขาดความอบอุ่น และปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคม ที่เพียงพอมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

4) ปัจจัยจิตวิญญาณ (Spiritual factors)

การสูญเสียความหมายและเป้าหมายในชีวิต รวมถึงความเชื่อที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การสร้างความหวังและการฟื้นฟูจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

5) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Risk Factors)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะรุนแรงหรือเรื้อรัง มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญประกอบด้วย ประวัติการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การขาดเครือข่ายสังคมและครอบครัวสนับสนุนและความรู้สึกสิ้นหวังสูง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถช่วยให้ทีมผู้ดูแลประเมินความเสี่ยงและจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย (ศิริรัตน์ คุปติอนันต์, 2564)

อาการและอาการแสดง (Signs & Symptoms)

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่ส่งผลต่อหลายมิติของชีวิต ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงได้หลากหลายมิติดังนี้ (สุภางค์ แก้ววัฒนะ, 2565)

1) ด้านร่างกาย มีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด นอนหลับผิดปกติ เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะหรือมีอาการทางกายอื่นๆ

2) ด้านอารมณ์ มีอาการเศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล โกรธง่าย ร้องไห้บ่อย

3) ด้านพฤติกรรม พบว่ามีความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบลดลง ปลีกตัวจากสังคม การสื่อสารลดลง มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือพยายามฆ่าตัวตาย

4) ด้านความคิด พบว่าคิดลบต่อชีวิต รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า คิดถึงการฆ่าตัวตาย

5) ด้านจิตวิญญาณ พบว่าสูญเสียความหมายชีวิต ขาดความหวัง สูญเสียแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตและคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การวินิจฉัย Major Depressive Disorder (DSM-5) มีดังนี้

อาการหลัก (5 อาการจาก 9 ข้อในช่วง 2 สัปดาห์)

ผู้ป่วยต้องมีอย่างน้อย 5 อาการและเกิดขึ้นเกือบทุกวัน ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยจะต้องมีอาการอารมณ์ซึมเศร้า หรือสูญเสียความสนใจ/ความสุข (anhedonia) ร่วมกับอาการอื่นดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เศร้า ส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (รายงานโดยผู้ป่วยหรือสังเกตจากผู้อื่น)
2. ความสนใจหรือความสุขลดลงอย่างชัดเจน ในกิจกรรมที่เคยชอบ
3. น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างมาก หรือเปลี่ยนพฤติกรรมการกินโดยไม่ได้ตั้งใจ
4. นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป
5. ความกระวนกระวายหรือช้าเกินไป (psychomotor agitation/retardation)
6. เหนื่อยง่ายหรือหมดแรง (fatigue)
7. ความรู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดผิดปกติ
8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง
9. มีความคิดเรื่องความตายหรือฆ่าตัวตาย (suicidal ideation)

ในการวินิจฉัยโรคควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชและต้องประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายควบคู่ไปด้วย อาจใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงของผู้ป่วยเพิ่ม เช่น PHQ-9, 8Q, MSE เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2562)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

สำหรับข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้รักษาในโรงพยาบาล พิจารณาดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Risk) ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน (active suicidal ideation) โดยเฉพาะในกรณีที่มีแผนการฆ่าตัวตายที่เป็นรูปธรรม เช่น เตรียมอุปกรณ์หรือสถานที่ถือว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง หากผู้ป่วยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยเฉพาะในช่วงเวลาไม่นานนั้น จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด หากประเมินความเสี่ยงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น 8Q หรือ Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ควรรับไว้รักษาโดยทันที

2. ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (Severity of Depression) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 และมีคะแนน PHQ-9 ตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป จัดว่าอยู่ในกลุ่มอาการรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเช่นกัน ในบางกรณีผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต (psychotic features) เช่น หูแว่วหรืออาการหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดด้านความผิดบาป (delusion of guilt) หรือความว่างเปล่า (nihilism) ที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย รวมถึงอาการทางพฤติกรรมที่รุนแรง เช่น การเคลื่อนไหวช้าผิดปกติ (psychomotor retardation) หรือกระวนกระวายมากเกินไป (agitation) จนไม่สามารถดูแลตนเองได้

3. การด้อยสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Functional Impairment) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล หรือมีภาวะขาดสารอาหาร น้ำหนักลดลงมากจนเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ถือเป็นข้อบ่งชี้สำคัญในการรับรักษาในโรงพยาบาล

4. ปัจจัยทางการแพทย์ร่วม (Medical Comorbidity) ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง เช่น มะเร็ง โรคไตวาย โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น หากมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด รวมถึงผู้ที่มีการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์

5. ข้อบ่งชี้ทางกฎหมาย ผู้ที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เข้าข่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 22 ต้องได้รับการบำบัดรักษาและคุ้มครองสิทธิในโรงพยาบาลจิตเวช

การพยาบาล

การพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย มีดังนี้ (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2561)

1. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ดูแลให้ยา antidepressants ตามแนวทาง APA/DSM-5 ติดตามผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างใกล้ชิด พิจารณาให้ adjunct therapy ในกรณีอาการรุนแรงหรือมี psychotic features เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Risk) หลังเริ่มยาใหม่เนื่องจากบางรายอาจเกิดภาวะ activation syndrome

2) เฝ้าระวังความเสี่ยง (Safety Monitoring) ฝ้าสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ suicidal intent, agitation และ impulsivity พร้อมกำหนดระดับการสังเกตใกล้ชิด (Close Observation, Constant Observation) ตามระดับความเสี่ยง ลดการเข้าถึงอุปกรณ์ที่อาจใช้ทำร้ายตนเอง ได้แก่ อาวุธ ยาเกินขนาด สารพิษ ของมีคม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3) สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไม่ตัดสิน ส่งเสริมความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hope & Self-worth) ใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัด (Therapeutic communication) และแนวทาง cognitive-behavioral strategies

4) การบำบัดทางจิตวิทยา (Psychological Therapy) ได้แก่

- Cognitive Behavioral Therapy (CBT) มุ่งแก้ไขรูปแบบความคิดเชิงลบ และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) การแก้ปัญหา (problem-solving) และการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation)

- Dialectical Behavior Therapy (DBT) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (self-harm) โดยเน้นการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์ ลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และการฝึกสติ (mindfulness)

- การบำบัดกลุ่มและครอบครัว ช่วยลดความโดดเดี่ยว ลดความเข้าใจผิด และเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย

5) ติดตามและการประเมินซ้ำ (Follow-up & Re-assessment)

- ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Risk) ทุกวันในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

- ติดตามประเมินอาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น PHQ-9, 8Q และ MSE ทุกสัปดาห์ หรือปรับตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

- ปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตามการตอบสนองต่อยาและการบำบัดทางจิตใจ

6) การป้องกันการเกิดซ้ำหลังออกจากโรงพยาบาล

- วางแผนความปลอดภัย (Safety Plan) โดยระบุสัญญาณเตือน อาการนำ เบอร์โทรฉุกเฉิน และบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้

- นัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในคลินิกจิตเวช เพื่อประเมินอาการและปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- ส่งเสริมการทำกิจกรรมที่มีความหมาย (Meaningful activities) เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและลดความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำ

7) สร้างเครือข่ายสนับสนุน (Social Support) โดยประสานและส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวัง เชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุน เช่น กลุ่มช่วยเหลือ หรือบริการสุขภาพจิตในชุมชน เป็นต้น

2. ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสาเหตุของการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย

2) ขจัดสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับให้ได้มากที่สุด เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลความสุขสบายของร่างกาย สอนวิธีการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หรือกระตุ้นออกกำลังกายตอนกลางวันบ้าง ในรายที่ไม่สามารถนอนหลับในตอนกลางคืนได้เลย ควรจัดให้นอนในตอนกลางวันเป็นระยะๆ

3) สังเกตอาการขณะนอนหลับอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการหายใจ เพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

3. ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาความอยากอาหารของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ชนิดอาหารที่ชอบและไม่ชอบ ความถี่และปริมาณการรับประทาน รวมถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม การได้รับวิตามินและเกลือแร่ ตลอดจนการสอบถามว่าใครเป็นผู้จัดเตรียมอาหารและออกค่าใช้จ่าย เพื่อประเมินความเพียงพอและความเหมาะสมของโภชนาการ

2) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ

3) การส่งเสริมการรับประทานอาหาร โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยดูแลความสะอาดช่องปากและฟันก่อนรับประทานอาหาร การบ้วนปากช่วยให้เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น และควรหลีกเลี่ยงการทำหัตถการหรือการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น การฉีดยาหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ก่อนเวลารับประทานอาหาร

4) ดูแลจัดอาหารให้เหมาะสม เลือกชนิดอาหารให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการเหนื่อยล้า ควรจัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพื่อลดการเผาผลาญพลังงานและลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย

5) แนะนำการแบ่งมื้ออาหารหรือเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร เป็นมื้อละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยจัดให้ผู้ป่วยรับประทานวันละ 5–6 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า กลางวัน เย็น และอาหารว่างระหว่างมื้ออีก 2 มื้อ เพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างต่อเนื่อง

6) การควบคุมปริมาณอาหารและพลังงาน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและอาหารอย่างเพียงพอในแต่ละวัน โดยตรวจสอบชนิดและปริมาณอาหารที่จัดให้รับประทานอย่างเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป

4. ผู้ป่วยสูญเสียความหมายชีวิต แรงจูงใจทางจิตวิญญาณ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (low self-esteem)

กิจกรรมการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) โดยใช้ท่าทีที่แสดงถึงการยอมรับและไม่ตัดสิน เพื่อช่วยประคับประคองด้านอารมณ์ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลรักษา

2) การดูแลด้านสุขสบายกาย (Physical comfort care) ดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนที่มีคุณภาพ และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อสร้างสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3) การกระตุ้นให้เห็นความสำเร็จเล็ก ๆ (Small achievement recognition) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำเร็จจากสิ่งเล็กน้อยใกล้ตัว เช่น การดูแลตนเอง การทำการบ้านเสร็จตามกำหนด หรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถทำได้สำเร็จ เพื่อสร้างประสบการณ์เชิงบวกและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

4) การให้กำลังใจและเสริมแรงบวก (Positive reinforcement) ใช้คำพูดหรือท่าทีที่ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งเสริมแรงบวกเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความพยายามหรือความก้าวหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

5) การส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม (Group activity participation) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในที่ทำงานหรือชุมชน เพื่อเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างทักษะทางสังคมและพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6) การส่งเสริมกิจกรรมในครอบครัว (Family involvement) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวที่เหมาะสมและสามารถทำสำเร็จได้ เพื่อเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์และพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองผ่านบทบาทที่ตนมีคุณค่าในครอบครัว

ข้อ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้ยาและการดูแลตนเองที่บ้าน

2) อธิบายวิธีการใช้ยา ให้เข้าใจถึงขนาด วิธีการรับประทาน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตนเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์

3) แนะนำการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การจัดเวลานอนที่สม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด/แอลกอฮอล์

4) สอนทักษะการจัดการความเครียด เช่น การผ่อนคลาย การใช้เทคนิคหายใจ การทำสมาธิ หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก

5) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณเตือน ของการกลับเป็นซ้ำ เช่น อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ สมาธิลดลง เบื่อหน่ายชีวิต เป็นต้น และกระตุ้นให้รีบพบแพทย์หากมีอาการรุนแรง

6) ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยติดตามการรับประทานยา และสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่เสี่ยง

7) การติดตามต่อเนื่อง นัดหมายการพบแพทย์ พยาบาล หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ และสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟู

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 38 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ข้าราชการ สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วันที่รับเข้ารพ. วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เวลา 13.30 น.

วันที่รับไว้ดูแล วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เวลา 16.03 น.

วันที่จำหน่ายออกจากรพ. วันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เวลา 11.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล วันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เวลา 11.30 น.

รวมวันที่รับไว้ในรพ. 3 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เวียนศีรษะ อาเจียน 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 ปีก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะเครียดจากการร่วมลงทุนทำธุรกิจกับแฟนเก่า แล้วประสบปัญหาขาดทุน ส่งผลให้เกิดภาระหนี้สินทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง ร่วมกับมีปัญหาความสัมพันธ์กับแฟนเก่า มีการทะเลาะจนเลิกรากัน ผู้ป่วยมีอาการเครียดมาก ร้องไห้บ่อย รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ และนอนไม่หลับ จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับนอนหลับและยาต้านเศร้ามารับประทาน อาการทุเลาหลับได้ และไม่ได้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง

2 เดือนก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยต้องย้ายงานเพื่อกลับมาดูแลมารดา ทำให้รู้สึกเครียดและมีปัญหานอนไม่หลับอีกครั้ง จึงไปซื้อยาคลายกังวล (ไม่ทราบชื่อยา) จากร้านขายยามารับประทาน อาการเครียดพอทุเลา สามารถนอนหลับได้

1 ชั่วโมงก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับมารดา มารดาพูดไล่ว่า "ไปตาย" ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดและน้อยใจ จึงตัดสินใจดื่มน้ำยาล้างจานผสมกับยาฆ่าแมลงชนิดไซเพอร์เมทรินและกาแฟ ปริมาณประมาณ 150 มิลลิลิตร เพื่อหวังให้ตนเองเสียชีวิต ญาติเดินมาพบมีอาการอาเจียนเป็นน้ำ 4 ครั้ง ร่วมกับเวียนศีรษะและใจสั่น ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปฏิเสธการผ่าตัด, บุคคลในครอบครัวปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

General appearance	ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างท้วม ผิวสีขาวเหลือง น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI 23.73 กก./ม. แต่งกายสะอาด สีหน้าเรียบเฉย ไม่สบตา (No Eye contact) ให้ความร่วมมือในการพูดคุย (Co-operative) รู้สึกตัวดี พูดคุยถาม-ตอบรู้เรื่อง E4V5M6
Skin	ผิวขาวเหลือง มีความยืดหยุ่นดี แขนข้างซ้ายมีรอยแผลเป็นจากการใช้ของมีคม กรีด 1 รอย
Skull and face	ศีรษะและรูปหน้าปกติ หน้าไม่เบี้ยว ไม่มีก้อน หนังศีรษะปกติ ผมสั้น กระจายสม่ำเสมอดี
Eyes	ตาเท่ากันทั้งสองข้าง no edema, conjunctiva pale, sclera no jaundice, pupil 2 mm. reaction to light ทั้งสองข้าง, ลานสายตาและการมองเห็นปกติ
Ears	ตำแหน่งปกติ eye occiput line ไม่มีบาดแผล การได้ยินปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง
Mouth, nose, throat and teeth	Pharynx not injected, uvula mid line, tonsil not enlarged, soft and hard palate no lesion ไม่มีฟันผุ มีคราบหินปูน ไม่มีกลิ่นปาก
Nose	Turbinate not injected ไม่มี discharge รูปร่างปกติ ได้กลิ่นปกติ
Neck	No stiffness of neck, no engorged of neck vein กดไม่เจ็บ Trachea อยู่ในแนวกลาง Thyroid ไม่บวมโต คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต
Breasts	คลำไม่พบก้อนผิดปกติ
Chest	Lung expand เท่ากันทั้ง 2 ข้าง, sound normal RR 20 ครั้ง/นาที HR 106ครั้ง/นาที
Abdomen	Normal Bowel sound, no abdominal mass
Extremities	Normal movement, no edema
Neurogenic	ระดับ consciousness รู้สึกตัวดี Motor power ปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1. แบบแผนการรับรู้และการจัดการกับภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองและยอมรับการเจ็บป่วย สามารถบอกได้ว่าตนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเคยขาดยาไปช่วงหนึ่ง ทำให้ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง การจัดการกับความโกรธ การมองเห็นคุณค่าของตนเอง และความตระหนักในการดูแลตนเองลดลง เมื่อได้มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยมีความต้องการรับการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ โดยรับประทานในปริมาณน้อยกว่าปกติ น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI 23.73 กก./ม.^2

3. แบบแผนการขับถ่าย

ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ 4–5 ครั้งต่อวัน ไม่มีอาการแสบขัดหรือกระปริดกระปรอย ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง/วัน

4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยอยู่บ้านและมีการออกกำลังกายบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 1–2 ครั้ง/เดือน

5. แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน

ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนหลับ พักผ่อนวันละ 5–6 ชั่วโมง เนื่องจากความเครียด ทำให้นอนหลับยาก

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้: ถาม–ตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีหูแว่วหรือประสาทหลอน

ความคิด: มีความรู้สึกเครียด บางครั้งไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง ปฏิเสธความคิดอยากตายหรือทำร้ายตนเอง พูดคุยตอบคำถามตรงประเด็น ความคิดเหมาะสม และปฏิเสธความคิดหลงผิด

อารมณ์: การแสดงอารมณ์เหมาะสมกับเรื่องที่พูด (Appropriate) มีอารมณ์เศร้าเมื่อเล่าถึงอดีตและความสัมพันธ์กับแฟนเก่า สีหน้าเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับเนื้อเรื่อง

ความจำ: สามารถเล่าประวัติของตนเองได้ถูกต้อง จำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันได้

สมาธิ: มีสมาธิดี สนใจฟัง โต้ตอบ และซักถามระหว่างสนทนา

คำพูด (Speech): พูดเสียงเบา ความเร็วปกติ ตอบตรงคำถาม ไม่ออกนอกประเด็น

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นคนพูดน้อย ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบอยู่ในที่ที่มีคนพลุกพล่าน ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน สามารถบอกถึงภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการดูแลตนเองได้

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

สมาชิกในครอบครัวมี 4 คน ได้แก่ ผู้ป่วย บิดา มารดาและ พี่ชาย โดยพี่ชายไปทำงานต่างจังหวัด ปัจจุบันจึงอาศัยอยู่ร่วมกัน 3 คน คือ ผู้ป่วย มารดา และบิดา ผู้ป่วยมีความสนิทกับบิดามากที่สุด และมักมีปากเสียงกับมารดาบ่อยครั้ง มีการใช้ถ้อยคำรุนแรงและประชดประชัน เช่น เหตุการณ์ครั้งนี้ ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดาและถูกไล่ให้ไปตาย จึงเกิดความน้อยใจและรับประทานสารพิษ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. แบบแผนเกี่ยวกับเพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยมีเพศสภาพตรงกับเพศกำเนิด

10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความอดทนต่อความเครียด

ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาและความเครียดที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจผู้ป่วยมักจะเก็บความเครียดหรือปัญหาเหล่านั้นไว้เพียงผู้เดียวไม่สามารถปรึกษากับบุคคลใดได้ทำให้เกิดความรู้สึกเก็บกดและคับข้องใจขึ้น

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ เชื่อว่าการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว เชื่อว่านรกสวรรค์มีจริง

จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนของกอร์ดอน พบปัญหาในแบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด

ผลการตรวจสภาพจิต

GA	ผู้ป่วยหญิงวัยกลางคน สีหน้าเรียบเฉย ถามตอบรู้เรื่อง พูดน้อย ไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีหูแว่วประสาทหลอน รูปร่างท้วม ผมสั้น ผิวสีขาวเหลือง สวมเสื้อผ้าแต่งกายสะอาดเหมาะสม ท่าทางนิ่งมีสมาธิ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถทรงตัวเคลื่อนไหวได้ปกติ แขนข้างซ้ายมีรอยแผลเป็นจากการใช้ของมีคมกรีด 1 รอย ไม่ค่อยสบตา (No Eye contact) ให้ความร่วมมือในการพูดคุย (Co-operative)
Consciousness	รู้สึกตัวดี E4V5M6
Psychomotor Behavior	เคลื่อนไหวได้ปกติ
Speech	ผู้ป่วยพูดตอบต่อเนื่อง (coherent speech) พูดในเรื่องราวที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกัน น้ำเสียงสม่ำเสมอ ถามตอบตรงคำถาม (Relevant)
Mood & Affect	
Mood	ผู้ป่วยบอกว่ากังวล (Anxiety)และ เครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับมารดา
Affect	ขณะพูดสีหน้าสอดคล้องกับเรื่องที่เล่า (Congruous) เหมาะสมกับสถานการณ์ (Appropriated) แต่ไม่ค่อยมั่นคง (Labile)
Thought	รูปแบบความคิดสอดคล้องสัมพันธ์กัน (Incoherent)
(Steam and form)	(content) มีเนื้อหาความคิดเหมาะสม
Perception	ปฏิเสธหูแว่วและภาพหลอน
การรู้คิด Cognition	ให้ผู้ป่วยคิด 100 -7 โดยหักออกทีละ 7 และบอกผลลัพธ์ 5 ลำดับผู้ป่วย
(Attention & concentration)	ตอบได้ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยบอกวันในสัปดาห์ย้อนหลัง ผู้ป่วยสามารถบอกได้
ความจำ (Memory) :	
Recall	สามารถพูดของ 3 อย่างตามทันที (รถ เสื้อ เก้าอี้) ได้แต่ผ่านไป 5 นาที ยังสามารถจำได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Recent	สามารถจำมื้ออาหารเช้าได้ (ข้าวต้มทรงเครื่อง)
Remote	สามารถบอกวัน เดือน ปีเกิดของตนเองได้ถูกต้อง
ระดับเชาว์ปัญญาลักษณะความคิดและการรอบรู้	
ความรู้ทั่วไป	การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้อง (orientation) บอกชื่อ วันที่คุยกับพยาบาลถูกต้อง (Short term memory) บอกอายุ วัน เดือน ปี เกิด ได้ถูกต้อง (long term memory)
ถาม : ตอนนี้เวลาเช้าหรือบ่าย	ตอบ: ช่วงเช้า
การเปรียบเทียบของ 2 อย่างต่าง	กันหรือเหมือนกันอย่างไร
เปรียบเทียบความแตกต่างได้ 3 ข้อ	กลางวันกับกลางคืน คือ สว่างกับมืด ช้างกับม้า คือ ใหญ่กับเล็ก เด็กกับคนแคระ คือ เด็กเจริญเติบโตได้ปกติ คนแคระไม่สามารถโตได้อีก
เปรียบเทียบความเหมือน ได้ 3 ข้อ	ส้มกับกล้วยเหมือนกัน คือ เป็นผลไม้ รถกับเรือเหมือนกัน คือ เป็นยานพาหะใช้เดินทาง แมวกับหมาเหมือนกัน คือ เป็นสัตว์
การบอกคำพังเพย	ขี่ช้างจับตั๊กแตน หมายถึง ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ หนีเสือปะจระเข้ หมายถึง หนีสิ่งไม่ดีไปเจอสิ่งที่ไม่ดีกว่า น้ำขึ้นให้รีบตัก หมายถึง มีโอกาสให้รีบทำ
การตัดสินใจ (Adjustment)	การตัดสินใจต่อเหตุการณ์จำลอง ถ้าพบจดหมายปิดผนึกตกอยู่หน้าโรงพยาบาลจะนำไปใส่ตู้ไปรษณีย์หรือนำมามอบให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะให้มารดานำไปใส่ตู้ไปรษณีย์
การหยั่งรู้ (Insight)	ตระหนักรู้ถึงสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองชัดเจน ส่งผลให้เกิดการปรับตัวแก้ไขตัวเอง (emotional insight) พบว่าผู้ป่วยสามารถคิดแบบนามธรรมได้ (Abstraction concrete thinking)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood Chemistry วันที่ 9 ธันวาคม 2567

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
BUN	8-20 mg/dl	13.9	ปกติ
Creatinine	0.6-1.1 mg/dl	0.79	ปกติ
eGFR	-	95.0	ปกติ
Electrolyte			
Sodium	136.0-145.0 mmol/L	141.8	ปกติ
Potassium	3.5-5.0 mmol/L	3.75	ปกติ
Chloride	98.0-107.0 mmol/L	100.8	ปกติ
CO2	22.0-29.0 mmol/L	22.9	ปกติ
Liver function Test			
Total Protein	6.4-8.3 g/dl	6.5	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	3.9	ปกติ
Globulin	1.5-3.0 g/dl	2.3	ปกติ
SGOT (AST)	0-31 U/L	27	ปกติ
SGPT (ALT)	**0-34 U/L**	**57**	**ผิดปกติ**
Total Bilirubin	0.0-2.0 mg/dl	0.7	ปกติ
Direct Bilirubin	0-0.2 mg/dl	0.3	ปกติ
Alkaline phosphatase	42-98 U/L	61	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผลการตรวจพบว่า ค่า SGPT (ALT) สูงกว่าค่าปกติ อาจเกิดจากภาวะตับถูกกระทบชั่วคราว (transient hepatocellular injury) จากการได้รับ สารพิษทั้งน้ำยาล้างจานและยาฆ่าแมลง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Complete Blood counts วันที่ 9 ธันวาคม 2567

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
White Blood Cells	5.0-10.010^3 cells/uL	8.47	ปกติ
Red Blood Cell	4.0-6.010^3 cells/uL	5.55	ปกติ
Hemoglobin	12.2-18.1 g/dl	15.1	ปกติ
Hematocrit (HCT)	37.7-53.7 %	46.9	ปกติ
MCV	80.0-100.0 fl	84.6	ปกติ
MCH	27.0-31.0 pg	27.2	ปกติ
MCHC	31.0-37.0 g/dl	32.1	ปกติ
RDW-CV	11.5-14.5 %	11.2	ปกติ
Platelet count	140,000-400,000	289,000	ปกติ
Neutrophils	37-80 %cells/uL	70.3	ปกติ
Lymphocytes	10-50%	22.6	ปกติ
Monocytes	2-6%	5.4	ปกติ
Eosinophils	0-7%	1.7	ปกติ
Basophils	0-7%	0	ปกติ

การวิเคราะห์ผล ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์ Major Depressive Disorder

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงการจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 9 ธันวาคม 2567

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 13.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 78/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 148/89 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้อง No tender, No guarding แพทย์ได้มีการโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยได้รับคำแนะนำว่าไม่มียาต้านพิษจำเพาะ ให้เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท และระบบทางเดินอาหาร และควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน เวลา 16.03 น. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่บริเวณใกล้เคียงกับเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้สามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด และดำเนินการเก็บสิ่งของหรืออุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยออกจากบริเวณเตียงและห้องผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น NSS INJECTION (0.9 %NaCl) 1,000 ml หยดเข้าเส้นเลือดดำ80 มล. ต่อ ชม. และ ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เฝ้าระวังอาการอาเจียนและสำลัก ผลตรวจเลือด Liver function test ค่า ALT 57 U/L ที่สูงกว่าปกติเล็กน้อยในกรณีนี้ สอดคล้องกับ ภาวะตับถูกกระทบชั่วคราว (transient

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

hepatocellular injury) จากการได้รับ สารพิษทั้งน้ำยาล้างจานและยาฆ่าแมลง แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหากพบอาการต่อไปนี้ คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย หรือมีอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเหลวบ่อย หรือมีอุจจาระปนเลือด เวียนศีรษะมาก มึนงง ปวดศีรษะ ชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก ตัวสั่น หรืออ่อนแรงผิดปกติ ซึมลง พูดไม่รู้เรื่อง สับสนหรือหมดสติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงวี๊ด หรือหายใจช้าลง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ต้องรีบแจ้งพยาบาล ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนการให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

วันที่ 10 ธันวาคม 2567

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 80/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 128/86 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9 %NaCl 1,000 ml อัตราการไหล 80 มล. ต่อ ชม. จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าแต่เมื่อเข้าพูดคุยด้วยกลับมีสีหน้าเรียบเฉย จึงประสานพยาบาลสุขภาพจิตเข้าประเมินและให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ผลการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q= 2 คะแนน , 9Q = 7คะแนน 8Q = 17 คะแนน รายงานผลการประเมินภาวะซึมเศร้าให้แพทย์ทราบ มีแผนการรักษาเพิ่มยาต้านเศร้า Flu-OXETIN 20 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น

วันที่ 11 ธันวาคม 2567

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 82/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 138/82 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ พยาบาลสุขภาพจิตเข้าประเมินและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยซ้ำ ผลประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q= 2 คะแนน , 9Q = 4คะแนน 8Q = 6 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ และปฏิเสธความคิดอยากตาย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง จึงแนะนำวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น วิธีการรับประทานยาต้านเศร้าให้ครบตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล เช่น คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย หรือมีอาเจียนเป็นเลือด ปวดท้อง ถ่ายเหลวบ่อย หรือมีอุจจาระปนเลือด เวียนศีรษะมาก มึนงง ปวดศีรษะชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก ตัวสั่น หรืออ่อนแรงผิดปกติ ซึมลง พูดไม่รู้เรื่อง สับสน หรือหมดสติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือหายใจช้าลง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ รู้สึกเศร้ามาก แยกตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีความคิดหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย เข้าคลินิกสบายใจ(คลีนิกจิตเวช)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้รับยา LORAZEPAM (1 mg) 1 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน เวลานอนไม่หลับ และ Flu-OXETIN (20 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น กลับไปรับประทานต่อเนื่องหลังจำหน่าย

อาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่น ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 80/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 126/84 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้อง ท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ

ข้อ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานสารพิษ

ข้อ 3 เสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องการรับประทานยายา

ข้อ 4 ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (low self-esteem)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก ถ้าโกรธหรือเครียดมากๆ ไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่รู้จะปรึกษาใคร รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่
2. แขนข้างขวามีรอยกรีดเป็นแผลเป็น 2 รอย
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า เงียบ แยกตัวไปนั่งคนเดียวและร้องไห้เป็นช่วงๆ
4. วันที่ 9 ธันวาคม 2567 ผลประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q= 2 คะแนน , 9Q = 14 คะแนน 8Q = 17 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองซ้ำระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล
2. คะแนน 8Q/9Q ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (8Q/9Q ลด ≥30% ภายใน 7 วัน)
3. ผู้ป่วยสามารถระบุได้อย่างน้อย 3 สัญญาณเตือนของตนเองและ 3 วิธีการรับมือ/ช่องทางขอความช่วยเหลือ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพในการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
2. ประเมินอาการ ความคิด พฤติกรรมและอารมณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อการทำร้ายตนเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความทุกข์ใจโดยพยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง
4. แนะนำวิธีการจัดการอารมณ์ ความเครียด ความโกรธ อย่างเหมาะสม เช่น ถามตัวเองว่า เรื่องที่โกรธอยู่ขณะนี้จะยังคงเป็นเรื่องสำคัญหรือไม่ และแนะนำวิธี ลองนับ 1 ถึง 10 ควบคุมความโกรธ นับพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ระหว่างเลขแต่ละ จำนวน การหายใจเข้า-ออกลึกๆ จากช่องท้องจะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

และให้ผู้ป่วยฝึกทำตาม แนะนำวิธีการสำรวจอารมณ์ตนเองและหาวิธีคลายเครียดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

5. เสริมแรงบวกและให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วย ฝึกให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง ฝึกการจัดการกับความโกรธ เพื่อนำไปใช้เมื่อเกิดอารมณ์โกรธขึ้นมา

6. จัดให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบและปลอดภัยลดสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นผู้ป่วย จัดเก็บอาวุธที่อาจใช้เป็นอาวุธ

7. สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้อยู่ในสายตาและเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้อื่น

8.บริหารยา Flu-OXETIN (20 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น ดูแลให้รับประทานยาให้ครบถ้วนตามแผนการรักษา

ประเมินผล

ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีเหตุการณ์หรือพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ ในวันที่ 10 กันยายน 2568 ผลการประเมิน 2Q= 2 คะแนน, 9Q = 7 คะแนน 8Q = 17 คะแนน และวันที่ 11 กันยายน 2568 ผลการประเมิน 2Q= 2 คะแนน, 9Q = 4คะแนน 8Q = 6 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ และปฏิเสธความคิดอยากตาย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยสามารถระบุได้ว่าเมื่อเกิดความคิดซ้ำๆ เรื่องการคิดว่าไม่มีทางออก ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือ ไร้ค่า นอนไม่หลับ หลับมากผิดปกติ ร่างกายอ่อนเพลียมากขึ้น เมื่อมีความคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายตนเอง จะรีบแจ้งญาติและมาโรงพยาบาลทันที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานสารพิษ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติให้ประวัติ 1 ชั่วโมงก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยดื่มน้ำยาล้างจานผสมกับยาฆ่าแมลงชนิดไซเพอร์เมทรินและกาแฟ ปริมาณประมาณ 150 มิลลิลิตร มีอาการอาเจียนเป็นน้ำ 4 ครั้ง ร่วมกับเวียนศีรษะใจสั่น ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

2. แรกรับที่ER มีอาเจียน เป็นน้ำ 1 ครั้ง และ Abdominal mild tender at epigastrium, no guarding no rebound tenderness

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานสารพิษในด้านภาวะหายใจล้มเหลวหรือภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ BP, PR, RR, SpO_2 ภายในเกณฑ์ปกติหรือไม่เกินค่าผิดปกติที่เป็นอันตราย
2. การหายใจ: $SpO_2 \geq 95\%$ room air
3. การขับปัสสาวะ: urine output ≥ 0.5 mL/kg/hr.
4. ไม่มีชักหรืออาการทางระบบประสาทรุนแรง เช่น การซึมลง ความสับสน
5. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและวัดสัญญาณชีพทุก 15–30 นาทีในชั่วโมงแรกจนเสถียรแล้ว ทุก 1–4 ชั่วโมง ตามอาการ (BP, HR, RR, Temp, SpO_2)

2. เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท: ระวังชัก ซึมลง สับสน ฝ่ามือ/แขนสั่น ชักกระตุก หมดสติ เนื่องจาก cypermethrin อาจทำให้มีอาการทางระบบประสาทได้ เฝ้าระวังภาวะหัวใจ หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ

3. ประเมินความสามารถการกลืนและการป้องกันการสูดสำลัก แนะนำรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย

4. บริหารยา NSS INJECTION 1,000 ml หยดเข้าเส้นเลือดดำ80 มล. ต่อ ชม.ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. แนะนำญาติและผู้ป่วยควรเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หากพบความผิดปกติใด ๆ ต่อไปนี้ ต้องรีบแจ้งพยาบาลทันทีเช่น มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ปาก เล็บ หรือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ซึมลง ง่วงมากผิดปกติ ปลุกไม่ตื่น พูดไม่ชัด มีอาการสับสน ไม่รู้สึกตัว หรือเกิดอาการชักเกร็งมือเท้ากระตุก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หรือผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด วิงเวียน อาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระสีดำ รวมทั้งมีอาการปวดท้องรุนแรง

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 80/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 128/86 mmHg, no chest wall retraction, O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง ท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีถ่ายดำ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น NSS INJECTION (0.9 %NaCl) 1,000 ml หยดเข้าเส้นเลือดดำ80 มล. ต่อ ชม. ตามแผนการรักษา ไม่พบอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ไม่มีอาการชักเกร็งหรือการซึมลง urine output 2,500 ml in 24 hr.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดความตระหนักเรื่องการรับประทานยา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติ 1 ปีก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเครียดมาก ร้องไห้บ่อย รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ และนอนไม่หลับ จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับนอนหลับและยาต้านเศร้ามารับประทาน อาการทุเลาหลับได้และไม่ได้ไปรับการรักษาต่อเนื่องและ 2 เดือนก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยต้องย้ายงานเพื่อกลับมาดูแลมารดา ทำให้รู้สึกเครียดและ มีปัญหานอนไม่หลับอีกครั้ง จึงไปซื้อยาคลายกังวล (ไม่ทราบชื่อยา) จากร้านขายยา มารับประทาน อาการเครียดพอทุเลา สามารถนอนหลับได้

2. ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานยาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความจำเป็นของการทานยาต่อเนื่องและไม่มีการกำเริบของโรค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาครบและไปรับการตรวจรักษาติดตามอาการต่อเนื่องตามนัด

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่ต่อต้าน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยง และมีความรู้ในการใช้ชีวิตมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาและเพื่อความไว้วางใจ

2. วางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยประเมินปัญหาตั้งแต่แรกรับ ต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการทางด้านสังคมของผู้ป่วย

3. ประเมินพฤติกรรมในปัจจุบันเป็นอุปสรรคอย่างไรกับเป้าหมายในชีวิต และความรู้สึกเมื่อมีอาการกำเริบ

4. ประเมินความรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน

5. พยาบาล ผู้ป่วย และญาติร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้นต่างๆ

6. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นในช่วงขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ปวดศีรษะและหาแนวทางในการจัดการกับอาการดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

7. พูดคุยกับครอบครัวและค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับฟังข้อมูลดี สามารถบอกผลกระทบและ ภาวะแทรกซ้อนหากไม่ทานยาต่อเนื่องได้ สามารถบอกวิธีการรับประทานได้ถูกต้องและสามมารถบอกวันนัดติดตามอาการต่อเนื่องได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่ต่อต้าน

3. ผู้ป่วยมีการตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยง และสามารถบอกผลกระทบและ ภาวะแทรกซ้อนหากไม่ทานยาต่อเนื่องได้ อีกทั้งแสดงสีหน้าท่าที มุ่งมั่นตั้งใจที่จะทานยาและดูแลตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (low self-esteem)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จสักอย่าง เป็นภาระของพ่อแม่อยู่เสมอ

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าทุกครั้งเมื่อพูดถึงความภาคภูมิใจในตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและรับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเองมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกข้อดี และความภาคภูมิใจของตนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยประคับประคองผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ

2. การดูแลความสุขสบายร่างกายโดยทั่วไปเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรและกิจกรรมต่างๆในชีวิตได้อย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารการนอนหลับพักผ่อน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง เป็นต้น

3. แนะนำให้ผู้ป่วยมองหาความสำเร็จในตัวเองโดยเริ่มจากสิ่งเล็กๆใกล้ตัวก่อน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง การทำการงานที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จตามกำหนด เป็นต้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. ให้กำลังใจและเสริมแรงบวกให้ผู้ป่วยเพื่อให้มองเห็นความสำคัญการเห็นคุณค่าในตนเอง

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆในที่ทำงานและชุมชนเพื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวที่สามารถทำได้สำเร็จ เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นการช่วยงานบ้าน

ประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถค้นหาความภูมิใจในตนเองได้ บอกได้ว่าถึงตนจะทำบางอย่างไม่สำเร็จ แต่ตนก็ยังมีงานประจำทำและสามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายได้ดี และรู้สึกโชคดีที่มีพ่อที่รับฟัง และเข้าใจตนเสมอ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยไทยเพศหญิง อายุ 38 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมารับการรักษา ผู้ป่วยมีเหตุการณ์ทะเลาะกับมารดา มารดาพูดไล่ว่า "ไปตาย" ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียดและน้อยใจ จึงตัดสินใจดื่มน้ำยาล้างจานผสมกับยาฆ่าแมลงชนิดไซเพอร์เมทรินและกาแฟ ปริมาณประมาณ 150 มิลลิลิตร เพื่อหวังให้ตนเองเสียชีวิต ญาติเดินมาพบมีอาการอาเจียนเป็นน้ำ 4 ครั้ง ร่วมกับเวียนศีรษะและใจสั่น ญาติจึงนำตัวส่งโรงพยาบาล

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 11.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 78/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 148/89 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้องsoft No tender, No guarding แพทย์ได้มีการโทรศัพท์ปรึกษาศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยได้รับคำแนะนำว่าไม่มียาต้านพิษจำเพาะ ให้เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและระบบทางเดินอาหาร และควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน เวลา 16.03 น. จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่บริเวณใกล้เคียงกับเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้สามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด และดำเนินการเก็บสิ่งของหรืออุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยออกจากบริเวณเตียงและห้องผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น NSS INJECTION (0.9 %NaCl) 1,000 ml หยดเข้าเส้นเลือดดำ80 มล. ต่อ ชม. และ ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เฝ้าระวังอาการอาเจียนและสำลัก ผลตรวจเลือด Liver function test ค่า ALT 57 U/L ที่สูงกว่าปกติเล็กน้อยในกรณีนี้ สอดคล้องกับ ภาวะตับถูกกระทบชั่วคราว (transient hepatocellular injury) จากการได้รับ สารพิษทั้งน้ำยาล้างจานและยาฆ่าแมลง แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น หากพบอาการต่อไปนี้ คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย หรือมีอาเจียนเป็นเลือด ปวดท้อง ถ่ายเหลวบ่อยหรือมีอุจจาระปนเลือด เวียนศีรษะมาก มึนงง ปวดศีรษะ ชาตามปลายมือปลายเท้า ตัวสั่น กล้ามเนื้อกระตุกอ่อนแรงผิดปกติ ซึมลง พูดไม่รู้เรื่อง สับสน หรือหมดสติ หายใจลำบาก หอบเหนื่อยหายใจมีเสียงวี้ด หายใจช้าลง ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ต้องรีบแจ้งพยาบาล ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คอยซักถามอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ผู้ป่วยและญาติรับทราบอาการของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ มีการอธิบายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ 10 ธันวาคม 2567ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 80/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 128/86 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9 %NaCl 1,000 ml หยดเข้าเส้นเลือดดำ 80 มล. ต่อ ชม.

จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าแต่เมื่อเข้าพูดคุยด้วยกลับมีสีหน้าเรียบเฉย จึงประสานพยาบาลสุขภาพจิตเข้าประเมินและให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ผลประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q= 2 คะแนน 9Q = 7คะแนน 8Q = 17 คะแนน รายงานผลการประเมินภาวะซึมเศร้าให้แพทย์ทราบ แพทย์รับทราบ มีแผนการรักษาเพิ่มยาต้านเศร้า Flu-OXETIN (20 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น วันต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 82/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 138/82 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้องsoft No tender, No guarding รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ พยาบาลสุขภาพจิตเข้าประเมินและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยซ้ำ ผลประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q= 2 คะแนน 9Q = 4 คะแนน 8Q = 6 คะแนน ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ และปฏิเสธความคิดอยากตาย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการขาดความรู้ในตนเอง จึงแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านเช่น วิธีการปฏิบัติตน การรับประทานยาต้านเศร้าให้ครบตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลเช่น คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย หรือมีอาเจียนเป็นเลือด ปวดท้อง ถ่ายเหลวบ่อยหรือมีอุจจาระปนเลือด เวียนศีรษะมาก มึนงง ปวดศีรษะชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก ตัวสั่น หรืออ่อนแรงผิดปกติ ซึมลง พูดไม่รู้เรื่อง สับสน หรือหมดสติ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ รู้สึกเศร้ามาก แยกตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีความคิดหรือพฤติกรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับบ้านได้ อาการก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าสดชื่น ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 80/min อัตราการหายใจ 20 /min ความดันโลหิต 126/84 mmHg no chest wall retraction O2 sat room air 98 % ฟังปอด lung clear ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารอ่อนได้ปกติ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ คลินิกสบายใจ (คลินิคจิตเวช) ได้รับยา LORAZEPAM (1 mg) รับประทาน ครั้งละ 1-2 เม็ด ก่อนนอน เวลานอนไม่หลับ และ Flu-OXETIN (20 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า-เย็น กลับไปรับประทานต่อเนื่องหลังจำหน่าย รวมระยะเวลาที่ดูแลนาน 3 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1) คัดเลือกผู้ป่วยในรายที่สนใจเป็นกรณีศึกษาขณะขึ้นปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิม

2) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคจากเอกสารวิชาการ จากตำรา สื่อออนไลน์ และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

3) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตรวจร่างกายที่สำคัญ แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวิเคราะห์ของแพทย์

4) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการประเมิน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล วางแผนการจำหน่ายให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

5) รวบรวมข้อมูล เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แก้ไข จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ให้การดูแลต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และส่งเสริมความปลอดภัยทางจิตใจ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

1) ให้การพยาบาลเรื่องผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ราย ตั้งแต่ วันที่ 9 ธันวาคม 2567 เวลา 13.30 น. ถึง 11 ธันวาคม 2567 เวลา 11.30 น. รวมรับไว้ในการดูแล 3 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพยายามฆ่าตัวตายหลังและไม่เกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

2) ญาติ หรือ ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจการดำเนินของโรคซึมเศร้า รับทราบบทบาทของตนเอง สามารถสังเกตอาการเตือนของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลได้จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของตนเองได้ดีขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

สำหรับกรณีศึกษารายนี้ ได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง และการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมโดยมีญาติให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการของผู้ป่วยรายนี้คือ ผู้ป่วยมีความเครียดสูงและมีอาการเรื้อรัง ไม่ได้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับมีปัจจัยกระตุ้นจากครอบครัวและสังคมอยู่เป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและไม่ให้ความร่วมมือในการเปิดเผยอาการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้พยาบาลที่ดูแลต้องเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำอย่างใกล้ชิด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

อีกทั้งญาติขาดความรู้เรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและไม่เข้าใจแนวทางการดูแล พยาบาลได้วิเคราะห์ปัญหาแล้วและแก้ไขโดยการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลผู้ป่วย อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปบ้านในด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันปัจจัยกระตุ้นต่อการทำร้ายตัวเอง แนะนำให้มารดามาพร้อมผู้ป่วยตามนัดทุกครั้ง รวมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังพยาบาลประจำ รพ.สต. ใกล้บ้านผ่านโปรแกรม HHC (Home Health Care) เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินอาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องของผู้ป่วยและญาติ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังกลับบ้าน ขาดความรู้และทักษะด้านจิตเวช

8.2 การสื่อสารและการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดสูงและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องฝึกทักษะในการรวบรวมข้อมูลด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลให้คลอบคลุมได้ทุกมิติ

9.2 ควรมีห้องสำหรับทำจิตบำบัดให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความไว้วางใจและมั่นใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล

10. การเผยแพร่ผลงาน ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวสุธิดา ดุษฎี สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....สุธิดา ดุษฎี.....

(นางสาวสุธิดา ดุษฎี) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 2 / ๓๑ / ๖๙

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุธิดา ดุษฎี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายพงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

โรงพยาบาลเขาสุกิม

(วันที่) 1 / ก.ค. / 2569

(ลงชื่อ) .....

(นายพิริยะ ภิบาลกุล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสุกิม

(วันที่) 2 / ก.ค. / 2569

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม

2. หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 800,000 รายต่อปี หรือมีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย ทุก 40 นาที ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย (WHO, 2022) ประเทศไทย สถานการณ์การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 7.8 คนต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2566) สำหรับจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2567 และปีงบประมาณ 2568 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด 7.66 ต่อแสนประชากร และ 9.97 ต่อแสนประชากร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย คือ การใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม เป็นหอผู้ป่วยขนาด 30 เตียง รับผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยทุกกลุ่มโรค ข้อมูลสถิติปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษา 8ราย, 11ราย และ 16 ราย ตามลำดับ (หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาสุกิม, 2567) จากการทบทวนยังไม่พบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล แต่พบข้อจำกัดหลายด้าน อาทิเช่น ด้านโครงสร้าง เป็นหอผู้ป่วยรวม (Mixed Ward) รับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหลายกลุ่มโรค ทั้งทางกายและทางจิตใจ พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์แตกต่างกัน ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจส่งผลให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายนั้นทำได้ยาก พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยใน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้จัดทำจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม ที่มีความครบถ้วน มีมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัย และการเพิ่มทักษะการสื่อสารของพยาบาลให้สามารถคัดกรอง เฝ้าระวัง และ ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) สร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยในจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงซ้ำเป็นระยะ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสังเกตอาการและสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขาสุกิม เป็นหอผู้ป่วยขนาด 30 เตียง จากข้อมูลสถิติปี 2565-2567 พบว่าหอผู้ป่วยในรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษา 8 ราย, 11ราย และ 16 ราย ตามลำดับ (หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาสุกิม, 2567) และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จหรือฆ่าตัวตายซ้ำ ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากการทบทวนปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา พบข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ 1) ด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค (Mixed Ward) จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลค่อนข้างสูง ปัญหาขาดแคลนอัตรากำลัง ทำให้พยาบาลมีภาระงานมากนอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์แตกต่างกันส่งผลต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายทำได้ยาก ทำให้เกิดความเสี่ยงและอาจเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายซ้ำ และจากการสัมภาษณ์ พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะการดูแลแบบเฉพาะและขาดความมั่นใจในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ กิจกรรมการพยาบาลเป็นการประเมินโดยใช้แบบประเมิน 9Q เน้นย้ำให้ญาติเฝ้าข้างเตียง และส่งปรึกษานักจิตวิทยา 2) ด้านโครงสร้าง พบว่าหอผู้ป่วยไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ มีจุดบังสายตาหลายจุด ไม่มีกล้องวงจรปิดสำหรับติดตาม เฝ้าระวังอาการ และ 3) ด้านความต่อเนื่องของการดูแล การวางแผนจำหน่ายยังขาดรอยต่อที่ชัดเจนกับทีมเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน นอกจากนี้ พบว่าหอผู้ป่วยในยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยใน

3.2 แนวคิด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิมนี้ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและเอกสารวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีมาตรฐาน ครบถ้วน มีความเฉพาะกับผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล โดยเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย และการเพิ่มทักษะการสื่อสารของพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิม ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การประเมินและคัดกรอง (Assessment & Screening) มีกิจกรรมย่อย คือ 1) ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทันทีเมื่อรับใหม่ และ 2) จัดระดับความเสี่ยงเป็น เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ กิจกรรมที่ 2 การจัดการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม (Environmental Safety) มีกิจกรรมย่อย คือ 1) จัดให้นอนในเตียงที่มองเห็นได้ชัดเจนใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล 2) ค้นและสำรวจสิ่งของอันตราย (ของมีคม, เชือก, ยา, สารเคมี) และ 3) ตรวจสอบความปลอดภัยของสถานที่ (หน้าต่าง, ลูกกรง, ห้องน้ำ) มีความแข็งแรงและปลอดภัย กิจกรรมที่ 3 การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Warning Signs) มีกิจกรรมย่อย คือ 1) สังเกตพฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้ามากขึ้น หรือคำพูดสั่งเสีย 2) จัดระบบเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อาจต้องประเมินซ้ำทุกชั่วโมง จัดเจ้าหน้าที่หรือญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด และ 3) บันทึกสัญญาณเตือนและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมทางการพยาบาล (Nursing Interventions) มีกิจกรรมย่อย คือ 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและรับฟังอย่างเข้าใจ 2) บริหารยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และ 3) ให้ความรู้และเสริมสร้างกลไก

การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ 5 การวางแผนจำหน่ายและติดตาม (Discharge Planning & Follow-up) มีกิจกรรมย่อย คือ 1) เตรียมความพร้อมญาติ/ผู้ดูแลในการเฝ้าระวังที่บ้าน 2) นัดหมายติดตามอาการประสานเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และ 3) ให้ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน เช่น สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งแนวทางการดูแลนี้ สนับสนุนให้พยาบาลสามารถคัดกรอง เฝ้าระวัง และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) อีกทั้งยังสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาลและนำไปสู่การพัฒนาเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

3.3 ข้อเสนอ

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ครอบคลุม การประเมิน คัดกรอง เฝ้าระวังอาการ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย การปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้พยาบาลใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic Communication) และการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการป้องกันการกลับมาพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2570

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน								
	ก.ย. 69	ต.ค. 69	พ.ย. 69	ธ.ค. 69	ม.ค. 70	ก.พ. 70	มี.ค. 70	เม.ย. 70	พ.ค. 70
1. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ทบทวนปัญหาและศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง	←	→							
2. ประชุมชี้แจงในหน่วยงาน และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานและกำหนดแนวทางร่วมกัน			←	→					
3. ศึกษาเอกสาร แนวทางปฏิบัติ และจัดทำแบบประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				←	→				
4. ทดลองนำแบบประเมินไปใช้กับผู้มารับบริการเพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง					←	→			
5. นำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในหน่วยงาน							←	→	
6. ประเมินผลการใช้งานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด พร้อมรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินงาน								←	→
7. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมรวบรวมข้อเสนอแนะและปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนา									← →

โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งทบทวนปัญหา อุปสรรค และศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและช่องว่างของระบบการดูแลในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมชี้แจงและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน

ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และสร้างแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเอกสารวิชาการและพัฒนาแบบประเมิน

ศึกษาเอกสารวิชาการ งานวิจัย แนวปฏิบัติทางคลินิก และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อนำมาพัฒนาแบบประเมินสำหรับการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิม

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้แบบประเมิน

นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน ความสะดวกในการใช้งาน และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงแบบประเมินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

นำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขาสุกิม โดยพยาบาลดำเนินการประเมิน คัดกรองเฝ้าระวังอาการ และให้การพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและป้องกัน การเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลการใช้แบบประเมินตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ได้แก่ ความครบถ้วนของการประเมิน การปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาล และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของแนวทางการดูแล

ขั้นตอนที่ 7 การติดตามและพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคจากผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องต่อไป

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิม ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำลดลง ร้อยละ 20

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาสุกิม 1 แนวทาง

5.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการดูแลตามแนวทางมากกว่าร้อยละ 90

5.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร น้อยกว่า 7.8 ต่อแสนประชากร

(ลงชื่อ).....สุธิดา ดุษฎี.....

(นางสาวสุธิดา ดุษฎี) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ....2..../....ก.ค..../....ฯ....