



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ..... กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ  
ที่ ขก ๐๐๓๓.๓๐๕.๗/ ๒๖๕๗ ..... วันที่ ..... ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วยข้าพเจ้า นางนิศารัตน์ สุพัชรธนาวัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล ได้จัดทำผลงาน “การพยาบาลและบริการปรึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณี” ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วนั้น

ในการนี้ เนื่องจากมีการเขียนชื่อผลงานผิดพลาดเล็กน้อย ข้าพเจ้า นางนิศารัตน์ สุพัชรธนาวัฒน์ จึงใคร่ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการลงในเว็บไซต์โรงพยาบาลชุมแพ อีกครั้ง เพื่อให้ผู้สนใจได้เรียนรู้และศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นางนิศารัตน์ สุพัชรธนาวัฒน์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นางสาวชฎานิศ ศรีรักษา)

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

ทนาย ๒๖๖ ๒๕๖๖

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

(นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลและบริการปรึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ :  
เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณี

NURSING CARE AND COUNSELING IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND  
HIGH RISK OF REPEATED SUICIDE : A COMPARATIVE STUDY OF TWO CASES.

โดย

นางนิตารัตน์ สุพัชรธนาวัฒน์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลและบริการปรึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ:  
เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณี

NURSING CARE AND COUNSELING IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER AND HIGH RISK  
OF REPEATED SUICIDE : A COMPARATIVE STUDY OF TWO CASES.

นิตารัตน์ สุพัชรธนาวัฒน์, พว\*  
Nisarat supattanawat, RN\*

บทคัดย่อ

**ความเป็นมา:** กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) คือกลุ่มโรคทางอารมณ์ (Mood disorder) ลักษณะที่พบได้บ่อยของโรคนี้คืออารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรืออารมณ์หงุดหงิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกซึ่งพบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย นับวันยังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณีที่มารับการรักษา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงกันยายน 2566 จำนวน 2 ราย

**วิธีดำเนินการ:** โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเอกสารคู่มือตำรา ศึกษาเอกสารตำราทางวิชาการ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเปรียบเทียบ การดำเนินโรค สาเหตุปัจจัยเสี่ยง การประเมินสภาพ การรักษาที่ได้รับ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการให้บริการปรึกษาโดยพยาบาลต้องใช้ความชำนาญในการให้บริการปรึกษาร่วมกับการทำจิตบำบัดเพื่อลดความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง

**ผลการศึกษา:** พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 16 ปี สถานภาพโสดป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามา 1 ปี มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้งได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การพยาบาลและให้บริการปรึกษาร่วมกับการบำบัดทางจิตโดยนั้ดฝึกสติบำบัด 4 ครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิดมีสติ หยุดความคิดลบและฝึกการสื่อสารที่ดีส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 19 ปี สถานภาพคู่ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามา 1 ปี เคยคิดและพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้งเช่นกันครั้งล่าสุดรับประทานยาฆ่าตัวตายและมีพฤติกรรมก้าวร้าวตนเองที่ไม่เหมาะสมและรักษาไม่ต่อเนื่องให้การพยาบาลและบริการปรึกษาร่วมกับการใช้การบำบัดที่ผ่านกระบวนการคิดแก้ปัญหา (problem-solving therapy) เมื่อเปรียบเทียบพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีมีภาวะซึมเศร้าลดลงและปลอดภัยไม่มีฆ่าตัวตายซ้ำ

**สรุป:** ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยให้การพยาบาลและบริการปรึกษาร่วมกับเลือกวิธีบำบัดทางจิตให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและร่วมดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อให้ผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงผู้ป่วยปลอดภัยสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

**คำสำคัญ:** วัยรุ่นโรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตายซ้ำ, การให้บริการปรึกษา

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลชุมแพ

\*Registered Nurse, Professional level, Chumphae Hospital, KhonKaen Province.

## Abstract

**Background:** Depressive disorder belongs to the category of emotional disorders known as mood disorders. The hallmark characteristics of these conditions often include a pervasive feeling of sadness, emptiness, or irritability, which can significantly impact an individual's functional abilities. Major depressive disorder stands as a substantial contributor to illness and disability worldwide, affecting individuals of all genders and age groups. The prevalence of this condition continues to rise steadily over time.

**Study Objective:** This study aims to compare case studies involving adolescent patients with depression who are at risk of recurrent suicide attempts. We will examine two case studies encompassing patients who received treatment between March and September 2023.

**Methodology:** We collected information from outpatient medical records, conducted interviews with patients and their family members, and analyzed the comparative data according to Gordon's 11 health patterns, as outlined in the relevant textbook manuals. Additionally, we reviewed academic textbook documents and related research materials to perform a comprehensive comparison of disease progression, causative factors, and risk elements. We also assessed the treatment provided, nursing diagnoses, and counseling services. Nurse-led counseling services were administered alongside psychotherapy to mitigate high suicidal ideation.

**Results:** The study's findings reveal that in Case Study 1, a 16-year-old female who was single, had been grappling with depression for a year, having experienced suicidal thoughts and made two suicide attempts. She underwent treatment involving antidepressants, nursing care, and counseling services, complemented by psychotherapy that encompassed four mindfulness therapy sessions to facilitate cognitive reframing, dispel negative ideation, and foster effective communication. In Case Study 2, a 19-year-old married female with a one-year history of depression had also contemplated and attempted suicide on two occasions. Her most recent attempt involved self-administered medication without continuous treatment. Her care plan involved nursing and counseling services in conjunction with problem-solving therapy. When these two cases were compared, it was evident that both patients exhibited reduced depressive symptoms and were free from recurrent suicidal behaviors.

**Conclusion:** The care of adolescent patients suffering from depression should prioritize suicide prevention. This entails the provision of nursing and counseling services, tailored psychotherapy approaches for individual patients, and the collaborative efforts of a multidisciplinary healthcare team. The involvement of family members plays a crucial role in achieving positive patient outcomes, ensuring their safety, and facilitating reintegration into society for a happier and more fulfilling life.

**Keywords:** Adolescents with Depressive Disorder, Repeated Suicide Attempts, Counseling.

## บทนำ

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิตที่พบมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ องค์การอนามัยโลก พยากรณ์ไว้ว่า ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2572 โรคซึมเศร้า จะขึ้นมาเป็นสาเหตุของภาระโรคในระดับโลก และเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายอันดับ 2 ในกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยหนุ่มสาวที่เป็นกำลังหลักให้กับประเทศชาติในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในปี 2564 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คนและพบว่าวัยรุ่นอายุ 12 ถึง 17 ปี มีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงสูงสุด ร้อยละ 14.4 และอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 23.2 เป็นร้อยละ 41.1 (ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้าถึงบริการการรักษาได้น้อยเพียงร้อยละ 28 เพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่าผู้ป่วยที่เคยฆ่าตัวตายนี้อาจฆ่าตัวตายซ้ำถึงร้อยละ 26.8 วิธีฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือการกินยาเกินขนาดถึงร้อยละ 48.8 ผู้ป่วยสถานภาพโสดและหย่าร้างมีแนวโน้มฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าสถานภาพสมรสถึง 6 เท่า<sup>1</sup> ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงและเรื้อรังจะมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า<sup>2</sup>

โรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นมารับบริการ ตั้งแต่ปี 2564-2566 ตามลำดับดังนี้ 169 ราย 225 ราย และ 228 ราย<sup>3</sup> ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 80 แต่ยังไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ การให้บริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลมีคลินิกสุขภาพจิต (คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช) ให้บริการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อค้นหา คัดกรอง ให้บริการปรึกษา ให้การรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบริการปรึกษา ดูแลรักษาที่เหมาะสม ประกอบไปด้วยการรักษาด้วยยาทางจิตเวช การรักษาแบบจิตสังคมบำบัด ซึ่งต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญทางจิตเวชประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาและเภสัชกร เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษากระบวนการพยาบาลและการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 กรณีเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือสามารถแก้ปัญหาและจัดการปัญหาของตนเองได้ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลและการให้บริการปรึกษา ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ : กรณีศึกษา 2 ราย

## วิธีดำเนินการศึกษา

### วิธีการ/ขั้นตอนในการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ 2 รายโดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆดังนี้

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย้อนหลัง 3 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช
2. เลือกเรื่องที่น่าสนใจศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 2 ราย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ย้อนหลังพบว่าปัญหาที่สำคัญคือผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า การให้บริการปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการให้บริการปรึกษา เอกสาร ตำราวิชาการและงานวิจัยต่างๆ
5. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วย ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลดังนี้
  - 5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
  - 5.2 วินิจฉัยการพยาบาล
  - 5.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
  - 5.4 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
  - 5.5 วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ความชำนาญงานและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
  - 5.6 สรุปผลการศึกษา
  - 5.7 เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำเป็นรูปเล่ม
  - 5.8 เผยแพร่ผลงาน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา :** ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแบบสังเกตอย่างไม่เป็นทางการ

### ผลการศึกษา

การศึกษาเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลและการให้บริการปรึกษา ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ : กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบดังนี้

## 1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ : กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	16 ปี	19 ปี
สถานภาพสมรส	โสด	คู่ (มีแฟน)
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 2 (เรียนไม่จบ)	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ/รายได้	นักเรียน/รายได้ บิดามีอาชีพรับจ้าง รายได้ประมาณ 1 หมื่นบาทต่อเดือน มารดาเป็นแม่บ้าน	นักเรียน/คุณป้าเป็นข้าราชการ ครู รายได้ 5 หมื่นบาทต่อเดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)
วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก	31 มกราคม 2565	24 พฤษภาคม 2565
วันที่รับเข้ามาดูแล	28 มิถุนายน 2566	28 มีนาคม 2566
วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล	27 กันยายน 2566	7 กรกฎาคม 2566

## 2. ประวัติการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาตามนัด มีภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	มาตามนัดหลังจำหน่ายด้วยกินยาเกินขนาด นัดมา รักษาต่อเนื่องจากที่คลินิกสุขใจ

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการสำคัญเหมือนกันคือ เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่แพทย์นัดมาเพื่อติดตามอาการและการรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปี ก่อนมาคลินิกสุขใจมีอาการเครียด นอนไม่หลับ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเดินมาขอเข้ารับบริการด้วยตนเอง (แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช) 31 มกราคม 2565 ส่งตัวไปรักษาต่อที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และส่งกลับมารักษาต่อโรงพยาบาลชุมแพ ในเดือนเดียวกัน	1 ปี ก่อนมา กินยาเกินขนาดเนื่องจากทะเลาะกับแฟน เข้ารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมแพ และส่งต่อไปรักษาต่อที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือและส่งกลับมารักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลชุมแพ (25 กุมภาพันธ์ 2565)

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน</b></p> <p>6 เดือนก่อนมา กินยาเกินขนาดและกรีดแขนทำร้ายตนเอง เนื่องจากทะเลาะกับมารดา และได้ออกจากโรงเรียน</p> <p>2 เดือนก่อนมา ประเมินมีความคิดอยากกระโดดสะพานลอยให้รถชน จิตแพทย์ส่งต่อนักจิตวิทยาและพยาบาลให้บริการปรึกษาและทำจิตบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยา ในเดือนมิถุนายน 2566 แรกรับเข้ามาดูแลและให้บริการปรึกษา มาตามนัด มีภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย</p>	<p>6 เดือนก่อนมา กินยาเกินขนาดเนื่องจากตั้งครุฑและญาติพาไปทำแท้ง เครียด ซึมเศร้า รู้สึกผิด มีเสียงแว่ว เป็นเสียงผู้หญิง มาคุยด้วย</p> <p>หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มาตามนัด แรกรับมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิดหวังในตนเอง นอนไม่หลับ กินยานอนหลับ 8 เม็ด แต่ไม่ได้คิดอยากฆ่าตัวตาย</p>

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระยะเวลาเริ่มป่วยเท่ากันคือ 1 ปี แต่ประวัติเข้ารับการรักษาต่างกันดังนี้ 1) ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมินตนเองได้ว่ามีอาการจึงเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง มีประวัติการทำร้ายตัวเองและพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง 2) ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการจนกินยาเกินขนาดจึงถูกนำส่งโรงพยาบาล มีประวัติฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง และมีอาการหูแว่วร่วมด้วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว</b></p> <p>บิดา มารดาไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชแต่มารดาดื่มสุราเป็นประจำทะเลาะกันบ่อย</p>	<p>บิดา มารดาไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช</p>

จากตารางที่ 2 ประเด็นที่แตกต่างคือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มารดาดื่มสุราเป็นประจำ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ไม่ได้อยู่กับบิดามารดาตั้งแต่เกิด

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>ลักษณะครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม</b></p> <p>เป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับบิดา มารดา พี่สาวไปเรียนหนังสือต่างจังหวัด บ้านปูนชั้นเดียว แข็งแรงสภาพแวดล้อมในบ้านสะอาดจัดของเป็นระเบียบ</p>	<p>บิดา มารดาแยกทางกัน คุณปู่เลี้ยงดูตั้งแต่อายุได้ 7 วัน มารดาทำงานต่างจังหวัด มาเยี่ยมปีละครั้ง บ้านปูน 2 ชั้น มั่นคง</p>

จากตารางที่ 2 พบว่าลักษณะของครอบครัวของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นครอบครัวเดี่ยว สิ่งที่แตกต่างกันได้แก่ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 อยู่กับครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดา และรายที่ 2 อาศัยอยู่กับปู่

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย(ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	
โรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วม (MDD with Psychosis)	โรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตร่วม (MDD with Psychosis)

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยโรคเดียวกัน

3. การประเมินสภาพโดยใช้แบบแผนแบบของกอร์ดอนเป็นกรอบแนวคิด (Gordon, 1994) การประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ตารางที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	
ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์บอกแต่ไม่เข้าใจว่าโรคเป็นอย่างไร รู้ว่าตนเอง เครียด วิตกกังวลง่าย กลัวเพื่อนไม่รัก เมื่อเกิดความเครียดจะทำร้ายตนเองโดยการกรีดแขนตนเองเคยทำร้ายตนเองตั้งแต่เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อยากหายจากอาการท้อแท้ เบื่อหน่ายเพราะทำให้ตนเองไม่มีความสุข แต่ยังไม่ท้อเพราะมีสิ่งเร้ามากระตุ้นเรื่อยๆ เช่น บิดามารดา ทะเลาะกันประจำ อยากหนีออกจากบ้าน อยากทำร้ายตนเอง หรือเสียชีวิตไปเลยจะได้ไม่ต้องมารับรู้เหตุการณ์ แต่บางครั้งก็สงสารมารดา การดูแลตนเองโดยการเล่นอินเตอร์เน็ต คุยกับเพื่อนในสังคมออนไลน์ หรือดูหนังสือซีรี่ย์ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล เหลือ รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้าที่แพทย์ให้อย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์บอกแต่ไม่รู้ว่าโรคเป็นอย่างไรและวิธีการดูแลตนเองคือรับประทานยา แต่ตัวเองรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับรู้ว่าเป็นโรคง่าย เอาแต่ใจตนเองเนื่องจากไม่มีพ่อแม่เลี้ยงดูตั้งแต่เด็ก คุณพ่อเลี้ยงแบบตามใจ ไม่เคยทำให้เสียใจ เมื่อมีแฟนซึ่งมีอายุน้อยกว่า 5 ปีจะทะเลาะกันบ่อยทำให้เครียดและทำร้ายตนเอง บ่อยครั้ง เมื่อตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และต้องทำแท้งทำให้รู้สึกผิดและอยากทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด ดูแลตนเองโดยการออกไปเที่ยวหาแม่ที่อยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยดื่มสุราประจำและ สูบบุหรี่ วันละ 3-4 มวน ขนาดนั้นบ่อยเนื่องจากไม่อยากกินยา

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายรับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยแพทย์แจ้ง แต่ไม่ทราบว่าโรคเป็นอย่างไร ทราบอาการที่ตัวเองเป็น การดูแลตนเองคือการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขนาดการมาตรวจตามนัดบ่อยครั้ง และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดคือ ดื่มสุราและสูบบุหรี่ นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในเรื่องการให้ความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น

ตารางที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร</b></p> <p>ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ไม่เป็นเวลา เพราะรับประทานข้าวไม่ได้ การรับประทาน น้ำหนัก 62 กิโลกรัมส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 21.45 ยาด้านเศร้าทำให้ความรู้สึกรออยากอาหารเพิ่มขึ้นแต่ แผลผล อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานขนมเป็นส่วนใหญ่ น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร BMI 24.22 เกินค่าปกติเล็กน้อย</p>	
<p>จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาการรับประทานอาหารคือ มีอาการเบื่ออาหาร แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมคือ ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ ส่งผลให้ BMI=24.22 และรายที่ 2 BMI ปกติ นำไปสู่การให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร</p>	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย</b></p> <p>ไม่ออกกำลังกาย ชอบอ่านหนังสือนิทาน ดูซีรี่ย์หนัง เล่น โซเชียลไลน์ ตีกตอก เฟสบุค ไม่ออกกำลังกาย ชอบดูซีรี่ย์หนัง เล่นโซเชียลไลน์ ตีกตอก เฟสบุค</p>	
<p>จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมในการออกกำลังกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คล้ายๆกันคือ ไม่ออกกำลังกาย และใช้เวลาอยู่การท่องโลกอินเทอร์เน็ต (Social app) ต่าง ๆ นำไปสู่การวางแผนการ ให้บริการปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย</p>	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ</b></p> <p>นอนไม่หลับ มีเรื่องคิดวนเวียนตลอดเวลา บางวันหลับๆ ตื่นๆหรือตื่นกลางดึกอ่อนเพลียใช้ยานอนหลับเป็นประจำ นอนหลับกลางคืนวันละ 3-4 ชั่วโมง เนื่องจากเล่นโทรศัพท์ที่ ดูสื่อโซเชียล ช่วงมีภาวะซึมเศร้านอนไม่หลับ บางวันหลับๆ ตื่นๆพักผ่อนไม่เป็นเวลาใช้ยานอนหลับเป็นประจำ</p>	
<p>จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการนอนไม่หลับหลับๆตื่นและต้องใช้อานอนหลับช่วย นำไปสู่การวางแผนการ ให้บริการปรึกษาเพื่อช่วยให้มีอาการนอนหลับดีขึ้น</p>	
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้</b></p> <p>ผู้ป่วยไม่จบการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ต้องออกจาก โรงเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 เนื่องจากทะเลาะกับเพื่อนและ ครู อ่านออกเขียนได้รับรู้อ สัมผัสได้กลิ่นได้ยิน มองเห็น ปกติระยะเวลาสถานที่บุคคลได้ตามจริง ผู้ป่วยจบการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายโดยเรียน การศึกษานอกโรงเรียน อ่านออกเขียนได้รับรู้อ สัมผัสได้ กลิ่นได้ยิน มองเห็นปกติระยะเวลาสถานที่บุคคลได้ตามจริง</p>	
<p>จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ที่ปกติ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติเรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากมีปัญหา กับเพื่อนและครู</p>	

ตารางที่ 3 การประเมินสภาพ (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์</b>            รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ถูกกดดันตนเองไม่ให้มีอิสระในการใช้ชีวิต ออกนอกร้านไม่ได้ เบื่อตัวเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตายตลอดเวลา แต่สามารถควบคุมตนเองได้</p>	<p>ผู้ป่วยโทษตัวเอง รู้สึกผิดและเกลียดตัวเองที่ไปทำแท้ง ทำให้รับประทานยาเกินขนาดบ่อยครั้งเมื่อคิดถึงลูกและทะเลาะกับสามี</p>

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอัตมโนทัศน์ต่อตัวเองในด้านลบ จากสาเหตุที่ต่างกัน คือ รายที่ 1 ถูกกดดันในการใช้ชีวิต จึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เบื่อตัวเอง ส่วนรายที่ 2 มีประวัติการทำแท้ง ทำให้รู้สึกผิดที่ทำร้ายชีวิตลูกทำให้เมื่อคิดถึงลูกจะมีอาการมากขึ้น ข้อมูลนี้นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ</b>            เป็นบุตรสาวคนเล็กทุกคนในบ้านตามใจ อาศัยอยู่กับ บิดา/มารดา สนุกกับมารดาและทะเลาะกันทุกวัน เนื่องจากมารดาดื่มสุรา</p>	<p>บิดา มารดาแยกทางกัน ตั้งแต่คลอดได้ 7 วันคุณแม่ป้ารับมาดูแลเลี้ยงดูเหมือนบุตร สนุกกับคุณแม่ป้ามาก เรียนหนังสือไม่จบ ออกจากโรงเรียนภาคปกติมาเรียนศึกษานอกโรงเรียน</p>

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่สาเหตุได้แก่ รายที่ 1 ทะเลาะกับมารดาบ่อย และถูกบิดามารดากดดันในการใช้ชีวิต และรายที่ 2 บิดาและมารดาแยกทางกันตั้งแต่เกิดได้ 7 วัน ป้านำมาเลี้ยงดู แต่เป็นการเลี้ยงดูที่ตามใจมากจนผู้ป่วยเอาแต่ใจตัวเอง นำไปสู่การวางแผนให้บริการปรึกษากับญาติผู้ป่วยทั้งสองรายเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
<p><b>แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์</b>            ไม่มีคู่ ปฏิเสธมีเพศสัมพันธ์ ประจำเดือนมาไม่ปกติ บางเดือนไม่มา ไม่เคยผ่าตัดมดลูก แต่งกายดี สะอาดแต่งหน้าเล็กน้อย</p>	<p>มีแฟนอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ไม่ได้คุมกำเนิดต่อเนื่องและตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ มีประวัติทำแท้งแต่ปลอดภัยไม่มีติดเชื้อ ไม่เคยผ่าตัดมดลูก ไม่มีตกขาว ไม่มีตกเลือด คุมกำเนิดโดยการกินยาคุมกำเนิดแต่งกายดี</p>

จากตารางที่ 3 พบว่าประเด็นที่แตกต่างคือผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เคยตั้งครรถ์ที่ไม่พึงประสงค์และเคยทำแท้งเนื่องจากตั้งครรถ์ไม่พร้อม นำไปสู่การวางแผนการให้บริการปรึกษาในการคุมกำเนิด

ตารางที่ 3 การประเมินสภาพ(ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญ กับความเครียด	
มีความเครียด จากถูกกดดันจากครอบครัวโดยไม่อนุญาต ให้ออกนอกบ้าน จึงใช้มีดกรีดแขนตนเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตายโดยการกระโดดสะพานลอย หน้าโรงพยาบาล และอยากให้รถชนตาย	มีความเครียดและรู้สึกผิดที่ไปทำแท้งและฆ่าลูกตัวเอง ปรับตัวและเผชิญกับความเครียดไม่ได้รับประทานยาเกินขนาด

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเครียดสูงจากสาเหตุที่ต่างกัน และเผชิญกับความเครียดไม่ได้จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและคิดอยากฆ่าตัวตาย นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการปรับกระบวนการคิด Cognitive เพื่อการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	
มีความเชื่อและมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือดีตลอดการรักษามีความคิดว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาให้หายได้ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน มารดาพาไปวัดปฏิบัติธรรม	มีความเชื่อและมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ แต่การมาตรวจตามนัดไม่ต่อเนื่อง มีความเชื่อทางศาสนา พุทธว่าการฆ่าคนเป็นบาป ทำให้กลัวและรู้สึกผิด

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และเชื่อในแนวคิดของศาสนาพุทธเกี่ยวกับบุญและบาป นำไปสู่การวางแผนการดูแลแบบองค์รวมและการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมกับศาสนาที่นับถือเช่น การใช้สมาธิบำบัด การสวดมนต์ เป็นต้น

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q)	
ภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ให้ผลบวก ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ได้ 24 คะแนน	ภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ให้ผลบวก ประเมินภาวะภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ได้ 17 คะแนน

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง และรายที่ 2 เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง นำไปสู่การวางแผนการดูแลที่ต่างกันตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)	
ประเมินภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ได้ 24 คะแนน	ประเมินภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ได้ 18 คะแนน

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง นำไปสู่การดูแลเพื่อป้องกันผู้ป่วยฆ่าตัวตายซ้ำ

#### 4. แผนการรักษา

##### ตารางที่ 4 แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และ รายที่ 2

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
risperidone (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนนอน	risperidone (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนนอน
clonazepam (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนนอน	clonazepam (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ก่อนนอน
quetiapine (2 มิลลิกรัม) 1.5 เม็ด ก่อนนอน	fluoxetine (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ตอนเช้า
sertraline (50 มิลลิกรัม) 2 เม็ด ก่อนนอน	quetiapine (2 มิลลิกรัม) 1.5 เม็ด ก่อนนอน
บำบัด โดยสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling) 4 ครั้ง	กิจกรรมบำบัด ที่ผ่านกระบวนการคิด การแก้ปัญหา (problem-solving therapy)

จากตารางที่ 4 พบว่าการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับเป็นการรักษาด้วยยา มีความเหมือนกันคือการให้บริการปรึกษา และมียารักษาทั้งหมด 5 ชนิดแต่ที่แตกต่างกันคือยาต้านเศร้ากรณีศึกษา รายที่ 1 sertraline ส่วนรายที่ 2 ใช้ fluoxetine และกรณีศึกษา รายที่ 1 ใช้การบำบัดด้วยสติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling) ส่วนกรณีที่ 2 ใช้ กระบวนการบำบัดที่ผ่านกระบวนการคิดแก้ปัญหา (problem-solving therapy)

**กระบวนการพยาบาลและการให้บริการปรึกษา** จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ทั้งแผนการพยาบาลในระยะสั้น และแผนการพยาบาลในระยะยาว การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพสามารถกำหนดได้หลายข้อ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม<sup>1</sup> ในผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้งสองกรณี พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1.** เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจากภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<b>ข้อมูลสนับสนุน</b>	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b>	<b>กิจกรรมการพยาบาล</b>
S : ผู้ป่วยบอก “อยากฆ่าตัวตายอยากให้รถชน อยากกระโดดสะพานลอย ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง”	S : ผู้ป่วยบอก “อยากฆ่าตัวตายได้ยืนเสียงเด็กผู้หญิงมาคุยด้วย”	1. จัดสถานที่สงบสร้างบรรยากาศที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เก็บของใช้ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร เชือกขออนุญาตตรวจสอบสิ่งของของผู้ป่วยติดตัวมาด้วยเพื่อประเมินอันตรายที่จะเกิดขึ้น
O : มีรอยของมีคมกรีดที่แขน มีประวัติเคยทำพยายามฆ่าตัวตายโดยการกินยาเกินขนาด ในวันที่ทะเลาะกับมารดา	O: มีประวัติกินยาเกินขนาด เนื่องจากรู้สึกผิดที่ทำแท้งบุตร	2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ในตัวของการพยาบาล จนนำไปสู่การระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งอาจเริ่ม
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามได้ 24 คะแนน ซึมเศร้าระดับสูง ประเมินค่าตัวตาย 8 คำถาม ได้ 24 คะแนน เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามได้ 17 คะแนน ซึมเศร้าระดับปานกลาง แบบประจำตัวตาย 8 คำถามได้ 18 คะแนน เสี่ยงฆ่าตัวตายสูง	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจากภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<b>วัตถุประสงค์</b> ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ <b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ประเมินภาวะซึมเศร้าคะแนนน้อยกว่า 7 2. ประเมินค่าตัวตายได้ 0 คะแนน 3. ไม่ทำร้ายตนเอง ไม่พยายามฆ่าตัวตาย	<b>วัตถุประสงค์</b> ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ <b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ประเมินภาวะซึมเศร้าคะแนนน้อยกว่า 7 2. ประเมินค่าตัวตายได้ 0 คะแนน 3. ไม่ทำร้ายตนเองไม่พยายามฆ่าตัวตาย	จากกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมให้วาดภาพระบายความรู้สึก สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เตรียมพร้อมการฝึกสติบำบัด ซึ่งมีการนัดทำการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้งทุกครั้งที่มีการฟังเสียงระฆังพร้อมกับการทำสมาธิและฝึกสติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย นำไปสู่การสนทนาที่ช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาได้ 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสิ่งที่เป็นปัญหาสามารถทำได้หลายแนวทาง เช่น การสนทนาเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัด สติบำบัด <sup>5</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้สึกตัว สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ความคิด อารมณ์เหล่านั้นเมื่อฝึกอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้จัดการอารมณ์ได้ดีขึ้นโดยมีการนัดให้บริการปรึกษาและฝึกสติบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่น และการฝึกสติในชีวิตประจำวัน ครั้งที่ 2 ฝึกความรู้สึกตัวรู้จักการปล่อยวางอารมณ์และฝึกรู้เท่าทันความคิด โดยมีการฝึกตีแผ่ความคิด ครั้งที่ 3 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่มีการปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวกของสัมพันธ์ภาพ ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติและการฝึกสติเมตตา รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยว่าอย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยาก
<b>การประเมินผลการพยาบาล</b> 1. หลังฝึกสติบำบัด ครั้งที่ 2 12 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยผ่อนคลายขึ้น ความคิดฆ่าตัวตายลดลง ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถามลดลงเป็น 5 และ 0 คะแนน ตั้งใจทำสติบำบัดต่อเนื่อง 2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	<b>การประเมินผลการพยาบาล</b> 1. 18 สิงหาคม 2566 นอนหลับไม่สนิท มีอารมณ์หงุดหงิดแต่สามารถควบคุมได้ ประเมิน 2 คำถามไม่มีเสียงซึมเศร้า และไม่มีเสียงฆ่าตัวตาย แต่ได้ยินเสียงเด็กร้องไห้กังวลเล็กน้อย 2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจากภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล(ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>เกินไป เพราะจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่มากขึ้นหากทำไม่ได้อย่างที่หวัง ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยพูดถึงความตาย อย่างบอกว่า “อย่าคิดมาก” “ให้เลิกคิด” คำพูดทำนองนี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าพยาบาลไม่สนใจรับรู้ปัญหาของเขา</p> <p>5. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดจิตใจสนใจในคำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วยที่เสี่ยงการฆ่าตัวตาย<sup>6</sup> เช่น “เป็นคนไม่มีค่าอะไรอีกแล้วอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์” “ถ้าฉันไม่อยู่สักคนคงทำให้อะไรดีขึ้น” การสังเกตพฤติกรรม เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ชื่นชอบและเคยรู้สึกสนุกสนานก่อน สนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในช่วงเวลาเขาทุกข์ใจมากที่สุด เพราะวัยรุ่นเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนเป็นส่วนมาก แต่ด้วยวุฒิภาวะที่ไม่ต่างกันเท่าใดนักของเพื่อน ทำให้มุมมองและแนวทางแก้ปัญหาอาจไม่เหมาะสม</p> <p>6. แจกบัตรอุ่นใจ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่อง</p> <p>7. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา พร้อมคำแนะนำในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจากภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล(ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>ผู้ป่วยรายที่ 1 : risperidone (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ดก่อนนอน, clonazepam (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ดก่อนนอน, quetiapine (2 มิลลิกรัม) 1.5 เม็ดก่อนนอน sertraline (50 มิลลิกรัม) 2 เม็ดก่อนนอน</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 : risperidone (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ดก่อนนอน, clonazepam (2 มิลลิกรัม) 1 เม็ดก่อนนอน, fluoxetine (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ดตอนเช้า, quetiapine (2 มิลลิกรัม) 1.5 เม็ดก่อนนอน</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. ความสามารถในการจัดการความเครียดและอารมณ์เศร้าไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : ผู้ป่วยให้ประวัติว่า “เวลาเครียดหรือทะเลาะกับมารดาจะ คิดลบ และจัดการลดความเครียดโดยใช้มีดกรีดแขนตนเอง” O : มีรอยแผลเป็นที่ท้องแขนข้างซ้าย</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1.ไม่มีการทำร้ายตนเองหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 2. ไม่พบบาดแผลใหม่จากการทำร้ายตนเอง</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : ผู้ป่วยให้ประวัติว่า “เวลาเครียดหรือทะเลาะกับสามีจะ คิดลบ และจัดการลดความเครียดโดยใช้มีดกรีดแขนตนเอง” O : มีรอยแผลเป็นที่ท้องแขนข้างซ้าย</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1.ไม่มีการทำร้ายตนเองหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 2. ไม่พบบาดแผลใหม่จากการทำร้ายตนเอง</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b> 1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถามและแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความเครียด (stress test-5 ) 2. สัมภาษณ์ ชักประวัติเกี่ยวกับอาการด้านร่างกาย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย อาการเหนื่อย ใจสั่น ตกใจง่าย เป็นต้น 3. กรณีที่ 1 ฝึกผู้ป่วยด้วยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ/สติบำบัด (mindfulness-based therapy and counseling) การฝึก</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. บกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : “ทะเลาะกับมารดาบ่อยครั้ง ในวันที่มารดาดื่มสุรา ทะเลาะกับเพื่อนในห้องเรียน และถูกให้ออกจากโรงเรียนขณะเรียนที่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2” O : ทำกิจกรรมคนเดียว ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนในห้องเรียนได้ 2. ทำกิจกรรมอยู่ในห้อง เล่นโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต แยกตัว <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น <b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ผู้ป่วยสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ 2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น <b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b> จากการนัดติดตามพบว่า 1. ทำกิจกรรม สติบำบัดครั้งที่ 2 และ 3 ได้ครบและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พุดคุยแลกเปลี่ยนกับพยาบาลมากขึ้น 2. 21 สิงหาคม 2566 มีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา ไม่ทะเลาะและมารดาตัดสินใจเลิกดื่มสุรา</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : ผู้ป่วยบอก “ทะเลาะกับสามีและป้าบ่อยครั้ง” O : แยกตัวอยู่ในห้อง <b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น <b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ผู้ป่วยสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ 2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น <b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b> 1. ให้บริการปรึกษา ครั้งที่ 2 และ 3 ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พุดคุยแลกเปลี่ยนกับพยาบาลมากขึ้น</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ศรัทธาและเชื่อมั่น 2. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล 3. ให้บริการปรึกษาโดยเริ่มจากการสำรวจและรวบรวมข้อมูลปัญหาโดยเปิดโอกาสให้พุดคุยและระบายความรู้สึก พบปัญหาว่าสามีอายุต่ำกว่าและมีช่องว่างระหว่างวัย 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกในการสร้างสัมพันธภาพกับสามี โดยการคิดบวก 5. ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วย</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : ผู้ป่วยถามว่า “ทำไมตนเองท้อแท้และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย” S : ผู้ป่วยถามว่า “ทำไมรู้สึกไร้ค่าและไม่มีความสุข” O : สีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด มองต่ำแววตาเศร้าไม่สบตา</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มี</p> <p><b>พฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง</b></p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน</b> ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p> <p><b>ผลการประเมิน</b> ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : ผู้ป่วยถามว่า “ทำไมตนเองท้อแท้และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย” S : ผู้ป่วยถามว่า “ทำไมรู้สึกไร้ค่าและไม่มีความสุข” O : สีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด มองต่ำแววตาเศร้าไม่สบตา</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน</b> ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p> <p><b>ผลการประเมิน</b> ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p>	<p>1. ส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน ดังนี้ 1) การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายนอารมณ์โกรธ 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายนความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา เป็นต้น 4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาลร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม 5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกว่าคุณค่าตนก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ 6) ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม</p> <p>2. หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดหรือกิริยาที่แสดงถึงการตำหนิสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในระยะสั้น และสนับสนุนผู้ป่วยให้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์หรือเข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าที่คิดหรือพูดออกมาเป็นประโยชน์และมีคุณค่า นำสู่ความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>8</sup></p> <p>3. ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเรียนรู้ที่จะยอมรับและมั่นใจในความสามารถของตนเองที่มี พยายามชื่นชมตนเองและรู้จักเห็นคุณค่าในตนเองบอกกับตนเองในสิ่งที่ดีๆ ในทางสร้างสรรค์ เช่น ฉันมีความสามารถ ฉันทำงานชิ้นนี้ได้ยอดเยี่ยมหาสิ่งที่คุณเองทำได้ดี อาจเป็นงานอดิเรกต่างๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีและมีความสุข ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและกล้าที่จะทดลองกระทำสิ่งใหม่ๆ ต่อไปใช้คำแทนตัวเองว่า “ฉัน” เพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกของตนเอง ไม่กลัวการวิพากษ์วิจารณ์จากบุคคลอื่นและยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตนมีแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนที่ไว้วางใจและพูดคุยได้อย่างเปิดเผย กลุ่มเพื่อนที่ดีมักจะไม่สร้าง</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
		ความกดดันหรือล้อเลียนให้บุคคลขาดความมั่นใจ แต่จะพยายามช่วยสร้างความรู้สึที่ดีที่และเพิ่มความมั่นใจให้แก่บุคคลด้านทานแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน พยายามตัดสินใจด้วยตัวเอง ออกความคิดเห็นให้มากขึ้นถูกชักจูงให้น้อยลงกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยความซื่อตรง กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนาของตนเอง มีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เพราะการเห็นคุณค่าของบุคคลอื่นเป็นคุณสมบัติของผู้ที่ชื่นชมและเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีอาการหิว

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S : ผู้ป่วยบอก “นอนไม่หลับ บางคืนหลับๆตื่นๆ หรือ ตื่นกลางดึก”</p> <p>O : ขอบตาคคล้ำ ทำทางง่วงนอน สีหน้าไม่สดชื่น</p> <p><b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b></p> <p>หลังการทำสติบำบัดโดยการทำสมาธิ และฝึกการรู้ลมหายใจตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม 2566 นานขึ้น หลับลึกและ นานขึ้น จิตแพทย์พิจารณาปรับลดยา นอนหลับ</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S : ผู้ป่วยบอก “นอนไม่หลับ บางคืนหลับๆตื่นๆ หรือ ตื่นกลางดึก”</p> <p>O : ขอบตาคคล้ำ ทำทางง่วงนอน สีหน้าไม่สดชื่นรักษา</p> <p><b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้นานขึ้น หลับลึกและนานขึ้น จิตแพทย์ พิจารณาปรับลดยานอนหลับลง</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินคุณภาพและระยะเวลาการนอนหลับพักผ่อนจากการสัมภาษณ์ข้อมูล</li> <li>แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอนที่เหมาะสมเช่น สงบ โปร่ง สบาย กลิ่นหอมเป็นต้น</li> <li>แนะนำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน เช่นการฝึกสติบำบัดในการทำสมาธิก่อนนอน การนวดผ่อนคลายเป็นต้น</li> <li>งดเครื่องดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ผสมสารกระตุ้น และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> <li>งดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหารุนแรงดูแลให้พบจิตแพทย์เพื่อรับยาตามแผนการ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดทักษะการดูแลตนเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : “รู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าแต่ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตัวเองยังไง” O : จากแบบแผนการดูแลตนเองของกอร์ดอน ผู้ป่วยยังดูแลตนเองไม่ถูกต้องในแบบแผนที่ 1, 2 และ 4</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. สอบถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ลดลง 3. มาตามนัดให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ</p> <p><b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b> 1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น 2. มาตามนัดและรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	<p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S : “รู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าแต่ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตัวเองยังไง” O : จากแบบแผนการดูแลตนเองของกอร์ดอน ผู้ป่วยยังดูแลตนเองไม่ถูกต้องในแบบแผนที่ 1, 2 และ 4</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. สอบถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ลดลง 3. มาตามนัดให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ</p> <p><b>การประเมินผลทางการพยาบาล</b> 1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น 2. มาผิตนัดบ่อยประสานให้ญาติติดตามมารักษาตามแผนการรักษาของแพทย์</p>	<p>1. เนื่องจากเป็นผู้ป่วยรายเก่า ได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติตัวเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจก่อนที่จะให้ความรู้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. ประสานการให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น</p> <p>3. ให้บริการปรึกษาในหลายๆช่องทาง ได้แก่ คลินิกบริการ, โทรศัพท์สายตรง, Application line เป็นต้น เปิดโอกาสให้ซักถาม และรับฟังปัญหา ให้ผู้ป่วยพูดระบายความคับข้องใจหรือปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล</p> <p>4. ให้ความรู้เรื่อง โรค พยาธิสภาพ อาการ การรักษาและอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัว การปรับพฤติกรรม</p> <p>5. วางแผนการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วย พร้อม ประเมินผลเป็นระยะ</p>

**อภิปรายผล**

จากผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นวัยรุ่นเพศหญิง มารักษาด้วยประวัติเคยฆ่าตัวตายและแพทย์นัดติดตามการรักษา (Follow up) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 ราย มาจากปัญหาในครอบครัวด้านสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและการเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เครียด จึงพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรับประทานยาฆ่าตัวตาย เมื่อพิจารณาถึงบริบทกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า<sup>10</sup> สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาและสัมพันธ์ภายในครอบครัว และปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา<sup>11</sup> ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ<sup>12</sup> และภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงและเรื้อรังจะมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 15 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า<sup>2</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>5</sup> วิธีฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือการกินยาเกินขนาดถึงร้อยละ 48.8 ผู้ป่วยสถานภาพโสดและ

3. ควบคู่การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเชื่อมโยงต่อเนื่องสู่ชุมชน และแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่บ้านที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ

**การนำผลการศึกษาไปใช้**

**ต่อหน่วยงาน/องค์กรพยาบาล**

1. นำรูปแบบการให้บริการปรึกษาผสมผสานกับการทำสติบำบัด มาใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่แผนกสุขใจ(ผู้ป่วยนอกจิตเวช)

2. การให้ความรู้แบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ด้วยเทคนิค motivation interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง (empowerment) ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคอื่นๆ

## เอกสารอ้างอิง

1. วันรวี พิมพ์รัตน์และจินตนา กมลพันธ์.ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์.ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์2563;35(3):739-748
2. นันทิราหงษ์ศรีสุวรรณ.ภาวะซึมเศร้า.ว. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ2559;19(38):105-118
3. โรงพยาบาลชุมแพ.งานเวชสถิติ.ข้อมูลสถิติทั่วไปของโรงพยาบาลชุมแพ. (เอกสารรายงานประจำปี).ปีงบประมาณ. 2566
4. ภูมรินทร์อินชวณี, ชนายนันท์ แสงปากและสุภาพ เหมือนชู.การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. ว. พยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา2560;18(2):14-27
5. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์.คู่มือ สถิติบำบัด.บริษัท บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.2559.3(8):9
6. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว.การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2554.
7. พจนีย์ ชูลีลิ่ง.การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม.ว. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566;38(2):437-447
8. Greenberg & Gold. การเห็นคุณค่าในตนเองSelf-esteem.(Internet) (เข้าถึงเมื่อ12 ต.ค.2023).เข้าถึงได้จาก: URL:[https://anyflip.com/fidjr/udnt/basic\(1994\)](https://anyflip.com/fidjr/udnt/basic(1994)).
9. Santrock, J. W. *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.2014.
10. เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ. ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดสระแก้ว.ว. สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(1):293-302
11. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ:กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย.ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย2556;58(1): 3-16.
12. วันรวี พิมพ์รัตน์และจินตนา กมลพันธ์.ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์.ว. การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์2563;35(3):739-748
13. นันทภาค ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย.ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(2563); 32(1): 75-88
14. โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริฎพรบุษหงส์และ เซาวลิต ศรีเสริม. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล.ว. เกื้อการณย์2562;26(1):187-199

