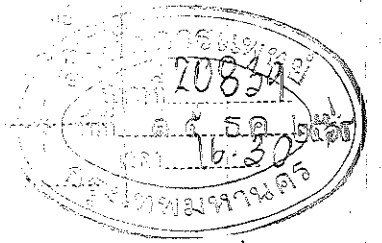




10556



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลกลาง (งานศึกษาและฝึกอบรมฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐-๒๒๒๐-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๓๗๕)

ที่ กท ๐๖๐๕/ ๑๕๐๖๕ วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ สพบ.

เรื่อง ขอสั่งการรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ และรายงานการฝึกอบรม (ราย นางณิชมล พลรักษา)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๔

ตามที่กรุงเทพมหานครได้มีหนังสือที่ กท ๐๔๐๑/๑๓๕ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และที่ กท ๐๔๐๑/๔๑๗ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อนุมัติให้ นางณิชมล พลรักษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๒๗ มีกำหนด ๑๒๑ วัน โดยฝึกอบรมภาคทฤษฎีแบบ Online ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔ และภาคปฏิบัติแบบ Onsite ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา นั้น

ในการนี้ข้าราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นการเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวแล้ว และได้รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงขอส่งแบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการฝึกอบรมตามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

(นางอรอุมา เนียมเงิน)

ผู้อำนวยการศูนย์ชำนาญการพิเศษ  
ศูนย์ฝึกอบรมผู้ช่วยราชการส่วนเงินบาทกลาง  
ศูนย์การพยาบาลทางการแพทย์ สำนักงานการแพทย์

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๓๕ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔  
และที่ กท ๐๔๐๑/๔๑๗ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางณิซมล นามสกุล พลรักษา  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน การพยาบาล  
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักการแพทย์  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ  
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ และ ระหว่างวัน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ -  
วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จัดโดย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว  
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น  
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ณิซมล พลรักษา ผู้รายงาน  
(นางณิซมล พลรักษา)

รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล...นางณิชนล...พลรัรักษา

อายุ...๔๑...ปี การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช

๑.๒ ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ทำหน้าที่ประเมินคัดกรองผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร...การพยาบาลเฉพาะทาง.....

สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกรอบม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๔๐,๐๐๐.....บาท

ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔

และระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

สถานที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช รูปแบบ

การเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Hybrid) รุ่นที่ ๑ ปี พ.ศ.๒๕๖๔.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์โดยคำนึงถึง  
กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพในการ

๒.๑.๑ ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้กระบวนการพยาบาล

๒.๑.๒ ใช้สัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

๒.๑.๓ ให้การปรึกษาทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๑.๔ มีทักษะในการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย

๒.๑.๕ มีทักษะในการสอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

๒.๒ เนื้อหาความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรม

๒.๒.๑ จิตบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย

- อธิบายความหมายและชนิดของจิตบำบัดได้
- อธิบายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับจิตบำบัดได้
- บอกองค์ประกอบในการทำจิตบำบัดได้
- บอกประเภทของจิตบำบัดได้
- ความหมายของจิตบำบัดระดับประคับประคอง
- อธิบายกระบวนการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มได้
- ระบุปัญหาและอุปสรรคในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองได้
- บอกปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองได้
- บอกบทบาทพยาบาลในการทำจิตบำบัดระดับประคับประคองรายบุคคลและรายกลุ่มได้

### จิตบำบัด (Psychotherapy)

จิตบำบัด คือ การรักษานชนิดหนึ่ง ที่ใช้สำหรับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์จิตใจหรือพฤติกรรม โดยผู้รักษาได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เป็นการรักษาที่ผู้รักษาจะให้การสนทนา การสร้างสัมพันธภาพบนพื้นฐานของความเป็นวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อ

- ๑) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ให้ดีขึ้น
- ๒) ลดหรือปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย
- ๓) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเจริญเติบโตของบุคลิกภาพของผู้ป่วย ในลักษณะที่ก่อประโยชน์ยิ่งขึ้น
- ๔) ส่งเสริมหรือปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวัย

### องค์ประกอบในการทำจิตบำบัด

๑. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ คือบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม กลุ่มอาการของโรคที่รักษาได้ผลเช่น บุคลิกภาพผิดปกติ กลุ่มอาการที่รักษาไม่ได้ผลได้แก่ จิตเภท bipolar disorder, ปัญญาอ่อน สมองพิการ บุคลิกภาพแบบ conduct disorder

๒. ผู้บำบัดหรือผู้ให้บริการ: คือผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย หรือนักการศึกษาก็ได้

- ผู้บำบัด ต้องผ่านการเรียนและฝึกฝนด้านการทำจิตบำบัดมาโดยตรง
- บุคลิกภาพและนิสัยของผู้บำบัด ต้องมีความพร้อม มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับ และพัฒนาตนเอง ในการทำจิตบำบัดเป็นอย่างดี
- มีความสามารถในการพูด ถ่ายเท ความรู้สึก

“ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มีแรงจูงใจ ในการทำจิตบำบัด”

๓. สถานที่: เหมาะสม เป็นสัดส่วน

### รูปแบบของจิตบำบัด

การบำบัดทางจิตสามารถแบ่งออกตามรูปแบบการบริการเป็น ๒ แบบ ได้แก่

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นความสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่งระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ

จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นการรักษาที่มีความพิเศษซึ่งผู้นำกลุ่ม/co-leader ต้องได้รับการฝึกอบรม จัดกลุ่มขึ้นเพื่อรักษาผู้เจ็บป่วยทางจิต กลุ่มถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ กลุ่มจิตบำบัดอาจใช้เสริมการทำจิตบำบัดรายบุคคลได้

### ชนิดของจิตบำบัด

การบำบัดทางจิตสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายชนิดตามลักษณะ  
การแบ่ง

แบ่งตามจุดมุ่งหมายการรักษา

#### ๑. จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy)

เน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่น ความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล กลัว  
เพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งระดับจิตสำนึก ช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อภาวะตึงเครียดได้  
เพื่อช่วยเพิ่มพลังและประคับประคองให้แก่  
การทำงานของจิต

#### ๒. จิตบำบัดแบบหยั่งเห็น (Insight-oriented psychotherapy)

มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจความจริงของชีวิต รู้จักตนเอง รู้จุดอ่อน และปัญหาที่แท้จริงซึ่งมีสาเหตุมาจากอดีต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขกลไกทางจิตที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อแก้ปัญหาคือความขัดแย้งของจิตใจเฉพาะเรื่อง (ในระดับจิตไร้สำนึก)

ประเภทของจิตบำบัดประคับประคอง

แบ่งตามจำนวนผู้ป่วย

##### ๑. จิตบำบัดประคับประคองรายบุคคล (Individual Supportive Psychotherapy)

##### ๒. จิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม (Group Supportive Psychotherapy)

จิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม (Group Supportive Psychotherapy)

จิตบำบัดประคับประคองรายกลุ่ม (Group Psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยเฉพาะ

เป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทำให้สมาชิกเกิดความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป

ลักษณะของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

- จำนวนผู้ป่วยประมาณ ๘-๑๐ คน
- ไม่เป็นโรคหรือมีอาการที่อยู่ในระยะรุนแรง
- ทุกคนต้องยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มได้

- มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน
- มีความแตกต่างในเรื่องเพศได้ แต่วัยไม่ควรแตกต่างกันมากนัก
- ผู้รักษามีความชำนาญ

#### สิ่งที่ได้รับจากจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม

- ความหวังและกำลังใจ
- การยอมรับสัจจะธรรมของชีวิต
- ความรู้สึกว่าคนอื่นๆก็มีปัญหาแบบเดียวกับเรา

#### เทคนิคที่ใช้ในการทำจิตบำบัดระดับประคอง

การให้ความมั่นใจ (Reassurance) การปลอบใจการให้กำลังใจ ซึ่งจะสร้างความหวาดกลัว และความวิตกกังวลหมดไป

การสนับสนุน (Encouragement) เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกพยายามเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอดทนแก้ไขปัญหานั้นจะช่วยให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจและเกิดความพยายามมากขึ้น

การแนะแนว (Guidance) เป็นการช่วยให้ความคิดเห็นในการตัดสินใจของสมาชิก เช่น การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นต้น

#### หลักการทำจิตบำบัดระดับประคองกลุ่ม

- ผู้บำบัด ๒ คน ได้แก่ ผู้บำบัด และผู้ช่วย
- เวลาที่ใช้แต่ละครั้งประมาณ ๖๐-๙๐ นาที สัปดาห์ละครั้ง
- จัดกลุ่มเป็นวงกลม ผู้รักษาและผู้ช่วยนั่งทำมุม ๙๐-๑๘๐ ต่อกัน
- เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง
- เน้นให้ผู้ป่วยต้องพูดกับกลุ่ม หลีกเลี่ยงการพูดหรือตอบคำถามกับผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะ

#### บทบาทของผู้ช่วยกลุ่ม

- ช่วยให้ผู้บำบัดดำเนินการทำกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์
- เป็นหูเป็นตาและเป็นปากเป็นเสียงให้ผู้บำบัดในบางครั้ง
- เป็นตัวกลางระหว่างผู้บำบัด กับผู้ป่วย
- ทำหน้าที่แทนเมื่อผู้บำบัดไม่อยู่
- ต้องรู้ใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ช่วย

#### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- บอกแนวคิดในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตได้
- จำแนกประเภทของสัมพันธภาพและอธิบายสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตได้
- อธิบายระยะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิตได้
- บอกและใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตได้
- บอกการสื่อสารที่ไม่ใช่การบำบัดทางจิตได้

-บอกหลักปฏิบัติของการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตได้

### แนวคิด

เชื่อว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมในบุคคล มีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในขณะเจ็บป่วยคือพยาบาล การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหา มองเห็น รู้จักและเข้าใจตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ เรียกสัมพันธ์ภาพนี้ว่าสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship)

#### คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลจิตเวช

- มีความตระหนักในตนเองหรือมีสติในตนเอง

(Awareness of Self)

-มีความสามารถในการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง

(Ability to serve as Model)

-มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และไม่เห็นแก่ตัว

(Altruism)

-มีจรรยาบรรณและความรับผิดชอบ

(Sense of Ethics and Responsibility)

#### สัมพันธ์ภาพ (Relationship )

ความหมาย การที่บุคคลสองคนหรือ มากกว่าสองคนทำความรู้จักกันและติดต่อเกี่ยวข้องกัน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง อาจเป็นเดือน เป็นปี หลายๆปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดและลักษณะของสัมพันธ์ภาพนั้นๆ ตัวอย่างเช่น สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (ในช่วงระยะเวลาที่รับไว้ในหอผู้ป่วย) สัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่กับลูก (ตลอดชีวิต)

#### สัมพันธ์ภาพทางสังคม ( Social Relationship )

เป็นสัมพันธ์ภาพในสังคมที่เราใช้ชีวิตร่วมกัน อาจเป็นสัมพันธ์ภาพในระดับผิวเผินหรือพัฒนาไปในระดับลึกซึ้ง ไม่มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย เป็นไปตามความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย สัมพันธ์ภาพจะสิ้นสุดหรือดำเนินต่อ ขึ้นกับความต้องการของทั้งสองฝ่าย ได้แก่สัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก พี่น้อง ญาติ เพื่อนฝูง คนรักสามี ภรรยา ผู้ร่วมงาน สมาชิกร่วมสถาบัน ฯลฯ

#### สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อการบำบัด

#### (Therapeutic Nurse-Patient Relationship )

ความหมายเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนจากสถาบันการศึกษาวิชาชีพ เป็นผู้วางแผนและดำเนินการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้อง สามารถทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้

## เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

๑. การรู้จักตนเอง ยอมรับนับถือตนเองและเข้าใจในตนเอง
๒. มีความเป็นตัวของตัวเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง สามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้
๓. มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น
๔. เพิ่มพูนศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความรับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายได้

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมี ๓ ระยะ

๑. ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ (Establishing Phase)
๒. ระยะดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการแก้ไขปัญหา (Working Phase)
๓. ระยะสิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพ (Terminating Phase)

แต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพ มีแนวในการปฏิบัติของแต่ละระยะชัดเจน ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้โดยเด็ดขาด เพราะอาจมีประเด็นที่ต่อเนื่องกัน

## สิ่งที่จำเป็น

๑. คือการทำความรู้จักกัน สร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
๒. มีการแนะนำตัวเอง
๓. บอกจุดประสงค์ของการติดต่อ
๔. นัดหมาย วัน -เวลาและสถานที่ ที่จะพบและสนทนาด้วย
๕. บอกกระบวนการที่จะใช้ในการติดต่อ เช่นมีการอัดเทปบันทึกการสนทนา
๖. การเก็บเรื่องที่พูดคุยเป็นความลับ (Confidentiality)

## เทคนิคการสร้างความไว้วางใจ

๑. ไม่ซักถามเรื่องส่วนตัวในระยะเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ
๒. ให้ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือทั้งในขณะรู้ตัวและไม่รู้ตัว
๓. เสมอต้นเสมอปลายทั้งคำพูดและการกระทำ
๔. ไม่พูดเท็จกับผู้ป่วย
๕. รับฟังผู้ป่วยพูดด้วยความตั้งใจ
๖. ไม่แสดงความรู้สึกวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเห็น

## ปัญหาที่เกิดขึ้น

๑. การทดสอบผู้บำบัด (Testing) เช่น ไม่มาตามนัด มาสาย
๒. การต่อต้าน (Resistance) เช่น ไม่พูดด้วย ไม่ใส่ใจ



๓. การแสดงออกซึ่งความไม่เป็นมิตร (Hostility)

๔. ความวิตกกังวลทั้งจากพยาบาลและผู้ป่วย (พบบ่อยสุด)

การแก้ไข

พยาบาลต้องยอมรับ เข้าใจ ใจให้เวลา และสร้างความไว้วางใจอย่างสม่ำเสมอ

ระยะดำเนินสัมพันธ์ภาพเพื่อการแก้ไขปัญหา(Working Phase)

ผู้ป่วยเริ่มเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองมากขึ้นในเรื่องความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมรวมถึงความทุกข์ ความกังวลใจ สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือการมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย หน้าที่ของพยาบาลในระยะนี้คือการฟังอย่างตั้งใจและการซักถาม พยายามค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

**เทคนิคการรับฟัง**

๑. พยาบาลมีท่าที ที่สบายและฟังอย่างตั้งใจ
๒. ฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าโดยไม่ขัดจังหวะ
๓. แสดงความสนใจและติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่า
๔. สอบถามในเรื่องราวที่พยาบาลยังไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
๕. ไม่วิจารณ์เรื่องที่ผู้ป่วยเล่าตามความคิดและความเข้าใจของตัวเอง
๖. ไม่ตัดสินเรื่องราวต่างๆที่ผู้ป่วยเล่าว่า ดี ไม่ดี ถูก หรือผิด ด้วยความรู้สึกของตนเอง
๗. ควรหาสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน

**เทคนิคการซักถาม**

๑. การตั้งคำถามควรเป็นลักษณะที่ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดก่อนตอบ ไม่ควรใช้คำถามปลายปิดบ่อยๆ (ใช่ / ไม่ใช่ )
  ๒. การซักถามควรถามในเรื่องเดียวกัน เพื่อให้ได้ใจความครบถ้วน
  ๓. คำถามควรเป็นชนิดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เช่นถามว่า “ คุณมีแผนการอะไรบ้างสำหรับตัวเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ”
  ๔. ไม่ควรขัดจังหวะ ขณะที่ผู้ป่วยยังพูดไม่จบ
  ๕. ไม่ควรซักถามในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดสับสน
- เทคนิคการประทับประคองจิตใจ**
๑. อยู่ใกล้ผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด หรือมีความวิตกกังวล
  ๒. ช่วยให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจด้วยตัวของผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลไม่จำกัดขอบเขต
  ๓. รับรู้และตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

๔. ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของผู้ป่วย

### ปัญหาที่เกิดขึ้น

๑. ความวิตกกังวลและความกังวลใจ (anxiety) ทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลจะกังวลไม่แน่ใจในเทคนิคที่ใช้ในการสื่อสารว่าใช้ถูกต้องเหมาะสมกับโอกาสหรือไม่

๒. พยาบาลมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย แม้ปัญหาไม่ตรงจุด

๓. พยาบาลเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยมากเกินไป หรือไม่ชอบผู้ป่วย (countertransference)

๔. ผู้ป่วยรู้สึกผูกพัน ต้องพึ่งพาและยึดพยาบาลไว้เป็นที่พึ่ง (transference) การแก้ไข

พยาบาลต้องแยกแยะปัญหาของผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาล

### ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ(Terminating Phase)

๑. ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาหรือช่วยเหลือตนเองได้

๒. ผู้ป่วยย้ายสถานที่รับการรักษา หรือผู้ป่วยกลับบ้าน

๓. พยาบาลสิ้นสุดการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

๔. ไม่พบรายบุคคลแล้วแต่ยังพูดคุยภายในตึกได้

๕. ควรมีการเตรียมการบอกเหตุผลการจากไปแก่ผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลต่อการแยกจาก (separate anxiety)

### หน้าที่ของพยาบาลในระยะนี้

๑. ทบทวนถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหา ประเมินผลสิ่งที่จะช่วยกันแก้ไขว่าทำอะไรสำเร็จไปบ้าง ยังมีปัญหาอะไรค้างอยู่อีก

๒. ร่วมกับผู้ป่วยในการยุติการรักษา โดยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการสิ้นสุดสัมพันธภาพได้ด้วยดี

๓. สนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลที่จะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้

เช่น คู่สมรส ญาติ นายจ้าง เพื่อน ฯลฯ

### ปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วยต่อการยุติสัมพันธภาพ

#### (Reaction to Termination)

๑. เกิดความรู้สึกวิตกกังวลต่อการแยกจาก (Separation Anxiety)

๒. เกิดความเศร้าหมอง (Depress) เนื่องจากผู้ป่วยหมดหวัง (Hopeless)

๓. เกิดความต้องการการพึ่งพา (Dependent) เนื่องจากขาดความปลอดภัย (insecurity) และขาดความมั่นใจ (Self confidence )

๔. ถดถอย (Regression) กลับสู่สภาพเดิมก่อนสร้างสัมพันธภาพ แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ (Acting Out) เช่น แสดงท่าทีจะฆ่าตัวตาย

๕. แสดงความรู้สึกโกรธและไม่เป็นมิตร (Express Anger and Hostility)

๖. มีอาการทางกาย (Somatic Complaint)

การแก้ไข

๑. พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงความจริงว่าจะต้องมีการยุติสัมพันธภาพแล้ว มีการบอก  
ระยะเวลาของการสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาเตรียมตัว

๒. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางกาย (somatic complaint) เช่นปวดหัว ปวดท้อง เรียกร้อง ให้พยาบาล  
สนใจเขา พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยให้ค้นหาสาเหตุของอาการเหล่านั้น

**เทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัด (Communication Technique)**

พยาบาลจิตเวชต้องใช้เทคนิคในการสนทนา

- เพื่อกระตุ้นให้การสนทนาดำเนินไปได้ด้วยดี
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิด
- ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในควมมีคุณค่าของตัวเอง
- เป็นการยอมรับและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

**การฟัง (Listening)**

มีความหมายมากกว่าการได้ยิน (hearing) แต่เป็นการฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ (active listening)  
รวมกับการสังเกตและอดทน เทคนิคนี้เป็นพื้นฐานของทักษะอื่นๆ

- ฟังด้วยความสนใจ มีสมาธิ
- ติดตามเรื่องราว ลำดับใจความ จับจุดสำคัญ
- มีปฏิริยาโต้ตอบอย่างเหมาะสม

**การใช้ความเงียบ (Using Silence)**

- ทำให้ผู้ป่วยได้รวบรวมความคิดเพื่อจะใช้คำพูดในการสนทนาออกมา
- พยาบาลใช้เวลาช่วงเงียบสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ความเงียบที่เหมาะสมจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดต่อได้
- การเงียบช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ไตร่ตรองในสิ่งที่พูดออกไปแล้ว
- เงียบดีกว่าพูดในสิ่งที่ไร้สาระ

**การให้การยอมรับ (Accepting)** เป็นการตอบสนองผู้ป่วยด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึง  
การยอมรับในคำพูดหรือความเป็นบุคคลของผู้ป่วยไม่ได้หมายถึงต้องเห็นด้วย เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าพูดในสิ่ง  
ที่ไม่สามารถบอกกับผู้อื่นได้

- พยักหน้า ยอมรับ หรือการใช้ระดับเสียง (ภาษาท่าทาง)
- “ค่ะ” “ใช่” “ฉันกำลังฟังอยู่ค่ะ” (ภาษาพูด)
- ไม่พูดค้าน
- ไม่แก้ตัว
- ไม่ตำหนิ หรือขบขันกับพฤติกรรมของผู้ป่วย

### การเสนอตัวเองให้ความช่วยเหลือ (Offering Self)

เมื่อสังเกตเห็นว่าไม่สบายใจ กังวลใจโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยร้องขอ เทคนิคนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีคุณค่า มีความสำคัญ ช่วยให้สัมพันธ์ภาพเป็นไปด้วยดี

- “มีอะไรที่ดิฉันสามารถช่วยคุณได้ ขอให้บอกนะคะ ดิฉันยินดีค่ะ”
- “ดิฉันจะอยู่กับคุณในระหว่างที่แพทย์ตรวจค่ะ”
- “ดิฉันยินดีจะช่วยเหลือคุณ”
- “หากคุณยังไม่อยากพูดอะไรในตอนี้ ดิฉันจะนั่งเป็นเพื่อนคุณนะคะ”

### การให้ความสำคัญและเห็นว่ารู้จัก (Giving Recognition)

เป็นการแสดงการยอมรับ ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักเขาในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่งซึ่งมีความแตกต่างจากคนอื่น เช่น การเรียกชื่อได้ถูกต้อง การบอกถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย การบอกถึงความสำเร็จ จากเหตุการณ์ที่เป็นความภาคภูมิใจของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า

- “สวัสดีค่ะคุณเล็ก”
- “วันนี้คุณหิวผมได้เรียบริ้ว”
- “ดิฉันจำได้ว่าคุณเคยบอกว่าคุณแข่งขันชนะเลิศการทำอาหาร”
- “คุณเป็นคนจัดแจกันดอกไม้ที่ตั้งบนโต๊ะในห้องอาหารนั่นเอง”
- “คุณตัดผมสั้นแล้วดูดีขึ้น”

### การใช้คำถามกว้างๆ (Giving Broad Opening)

การใช้คำถามกว้างๆ เพื่อเริ่มต้นการสนทนาเป็นลักษณะของคำถามปลายเปิดช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายในสิ่งที่เขากังวลใจหรือสนใจต้องการจะพูด ซึ่งทำให้พยาบาลทราบว่าในขณะนั้นเขามีเรื่องอะไรกังวลอยู่

- “คุณมีเรื่องอะไรที่ไม่สบายใจจะเล่าให้ฟังคะ”
- “วันนี้คุณมีอะไรจะเล่าให้ฟังคะ”
- “คุณกำลังคิดเรื่องอะไรอยู่คะ”

องค์ประกอบที่ช่วยให้การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเกิดผลดีในการบำบัด

การเตรียมสถานที่ (Setting)

การจัดทำที่นั่ง (Seating)

การจัดระยะห่างระหว่างบุคคล (Personal Space)

การเตรียมสถานที่ (Setting)

๑. มีสัดส่วนเป็นส่วนตัว (privacy)

๒. บรรยากาศปราศจากสิ่งรบกวน เช่น แสง สี เสียง ฯลฯ

๓. หลีกเลี่ยงการพบปะตามสนามหญ้า เพราะง่ายต่อการหันเหความสนใจกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นจากภายนอก โดยเฉพาะหากพยาบาลและผู้ป่วยเป็นเพศตรงข้ามกันอาจทำให้รู้สึกอึดอัดได้

การจัดทำที่นั่ง (Seating)

๑. ทำนั่งเผชิญหน้ากัน อาจทำให้รู้สึกอึดอัด ไม่ผ่อนคลาย

๒. ทำนั่งเคียงกัน ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายเมื่อนั่งนาน อาจเมื่อยคอได้

๓. ทำนั่งเอียงกันเล็กน้อยเป็นฉากซึ่งกันและกัน ทำนี้ผ่อนคลายที่สุด

๔. ทำนั่งที่โต๊ะทำงานโดยมีโต๊ะเป็นเกราะกบัง อาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สะดวกใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าหากบนโต๊ะมีงานที่ยังทำค้างคาอยู่ ทำทางที่ควรระมัดระวังสำหรับพยาบาล เช่น การนั่งทำวคาง การนั่งกอดอก การนั่งไขว่ห้าง หรือการพูดคุยร่วมกับการทำกิจกรรมอื่น

#### ระยะห่างระหว่างบุคคล (Personal Space)

๑. ระยะห่างระหว่างบุคคลและคนใกล้ชิด (intimate zone) ๑-๒ ฟุต

๒. ระยะห่างระหว่างบุคคลและคนอื่นๆ (personal zone) ๒-๓ ฟุต

๓. ระยะห่างระหว่างบุคคลและกลุ่ม (public zone) ๑๒ฟุตขึ้นไป

#### การใช้เทคนิคที่ไม่ใช่การบำบัด (Nontherapeutic Technique)

##### การให้คำแนะนำด้วยความคิดและวิธีการของพยาบาลเอง (Giving Advice)

ผลเสียคือทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ผลักความรับผิดชอบมาที่พยาบาล

- “งานนั้นเหมาะที่คุณจะทำต่อไป”
- “คุณควรจะขอโทษคุณแม่เพราะท่านหวังดีกับคุณ”
- “คุณไม่ควรไปออกกำลังกายบนแดดฟ้าตามลาฟง”

##### การร่วมเห็นด้วยกับผู้ป่วย (Agreeing)

- “ถูกต้องแล้วค่ะ”
- “ฉันเห็นด้วยกับคุณจริงๆ”
- “ตรงกับใจฉันเลยค่ะ”
- “เหมือนกับที่ฉันคิดไว้เลย”

การที่พยาบาลใช้เทคนิคนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปลี่ยนความคิดใหม่

##### การเห็นดีด้วยหรือเห็นพ้องกับผู้ป่วย (Approving)

มักจะเป็นลักษณะของการตัดสินว่าสิ่งนั้น ถูก ผิด ดี เลว

- “คุณคิดถูกแล้ว”
- “คุณทำอย่างนั้น ดีแล้วนะค่ะ”
- “ดีจริงที่คุณตัดสินใจจะทำงานใหม่”
- “ดีมากเลยที่คุณนั่งสมาธิเป็นประจำ”

##### การให้คำแนะนำด้วยความคิดและวิธีการของพยาบาลเอง (Giving Advice)

ผลเสียคือทำให้ผู้ป่วยไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ผลักความรับผิดชอบมาที่พยาบาล

- “งานนั้นเหมาะที่คุณจะทำต่อไป”
- “คุณควรจะขอโทษคุณแม่เพราะท่านหวังดีกับคุณ”
- “คุณไม่ควรไปออกกำลังกายบนแดดฟ้าตามลาฟง”

##### การร่วมเห็นด้วยกับผู้ป่วย (Agreeing)

- “ถูกต้องแล้วค่ะ”

-“ฉันเห็นด้วยกับคุณจริงๆ”

-“ตรงกับใจฉันเลยคะ”

-“เหมือนกับที่ฉันคิดไว้เลย”

การที่พยาบาลใช้เทคนิคนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปลี่ยนความคิดเห็นใหม่

### Joking การใช้คำพูดตลก

บางคนคิดว่าการพูดตลก ช่วยลดความรู้สึกเครียด แต่ความเป็นจริงอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่เข้าใจความรู้สึกของเขา

### Changing the Subject การเปลี่ยนหัวข้อสนทนา

อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอึดอัดอื่น เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังเล่าเรื่อง

ที่สะท้อนด้านจิตใจอารมณ์ นัยตาแดงคล้ายจะร้องไห้ พยาบาลต้องการ

จะยับยั้งไม่ทำให้ผู้ป่วยร้องไห้ โดยการเปลี่ยนหัวข้อสนทนาไปพูดเรื่องอื่นทันที

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์  
ภายใต้ขอบเขต กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์

บูรณาการองค์ความรู้และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาโครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและ  
จิตเวชในชุมชน โดยคำนึงถึงกฎหมาย วัฒนธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

- ประเด็น

- การส่งเสริมสุขภาพจิต

- การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มเสี่ยง

- การบำบัดรักษา

- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

### จิตเวชศาสตร์ชุมชน

- แนวคิดเรื่องจิตเวชศาสตร์ชุมชน เกิดขึ้นในตอนกลางของศตวรรษที่ ๒๐ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ทำให้มีการพยายามให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ ฟื้นฟู และใน  
ที่สุดสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ในชุมชน

- หลักการของจิตเวชศาสตร์ชุมชน ได้แก่ การให้บริการทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู  
สุขภาพจิต โดยการผสมผสานงานเข้ากับระบบบริการและสาธารณสุขมูลฐาน ตามนโยบายของกระทรวง  
สาธารณสุข

### ๑. บริการที่ชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community base)

การบริการเน้นชุมชนเป็นหลักมากกว่าการใช้โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการเป็นฐาน ซึ่งสามารถแบ่งได้  
เป็นลักษณะต่างๆคือ

- บริการที่ชุมชน การจัดบริการจะทาใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด เช่น การเยี่ยมบ้าน, ออกหน่วยแพทย์  
เคลื่อนที่ หรือหน่วยบริการในพื้นที่

- บริการโดยชุมชน มีการกระตุ้นให้ประชาชนและองค์กรภายในชุมชนเห็นปัญหา และมีส่วนร่วมใน  
การจัดกิจกรรมและบริการต่างๆ (consumer participation)

- บริการเพื่อชุมชน เน้นเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาในชุมชนเป็นหลัก

## ๒. บริการที่เข้าหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง (Active process)

ลักษณะงานเป็นแบบเชิงรุก เข้าหาปัญหาในชุมชน เริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์ และ ออกแบบวิธีการป้องกันแก้ไขโดยไม่รอให้ผู้ป่วยมาหา บริการเชิงรุกจะสามารถเข้าไปแก้ไขปัญหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้ก่อนที่ผู้นั้นจะป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

## ๓. เน้นการป้องกันมากกว่าแก้ไข (Prevention)

บริการทางจิตเวชมักจะทำได้ผลน้อยเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากหรือเรื้อรัง การบริการชุมชนที่ดีจึงเน้นการ ป้องกันปัญหาในระดับปฐมภูมิ เพราะเมื่อใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้ให้บริการสามารถติดต่อ สื่อสารได้ถึงประชาชน โดยตรง สามารถทำให้ชุมชนเข้าใจถึงปัญหา มีวิธีการป้องกันตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม บริการ จิตเวชชุมชนสามารถจัดครอบคลุมได้ถึงการป้องกันระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ

๔. ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการโดยรวม (Low cost) ปัญหาทางจิตเวชมักต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากในการรักษา และฟื้นฟู การให้บริการจิตเวชที่ชุมชนทำให้มีการ ป้องกันในระดับปฐมภูมิมากขึ้น จะลดอุบัติการณ์ของปัญหา ทางจิตเวช ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ฟื้นฟู ได้มาก บริการที่มีชุมชนเป็นหลักยังเปิดโอกาสให้ใช้แหล่ง ทรัพยากรบุคคลในชุมชน ทำให้ต้นทุนของการรักษาดำลง และประชาชนไม่ต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางมารับบริการอีกด้วย

๕. บริการครบรูปแบบ (Comprehensive service) คือ มีบริการที่จำเป็นอยู่ครบ เช่น บริการฉุกเฉิน ผู้ป่วย นอกผู้ป่วยใน บริการให้คำปรึกษาทั้งเด็กวัยรุ่นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีบริการครอบคลุมถึงสภาพปัญหาในชุมชน เช่น การให้บริการผู้ติดสุราและยาเสพติด เป็นต้น

๖. ให้บริการสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) ทีมงานจิตเวชชุมชนประกอบด้วยบุคคลผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักการศึกษาพิเศษเพื่อให้มีขอบเขตความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่กว้างขึ้น

๗. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การจักระบบบริการให้ต่อเนื่องจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น การฟื้นฟูสภาพจิตใจเป็นไปได้ดี

๘. ผสมผสานกับบริการสาธารณสุขอื่น (Integrated program) การให้บริการทางจิตเวชควรใช้วิทยาการถ่าย ๑ ไม่เกินกำลังของชุมชนและบุคลากรในชุมชน จัดให้ผสมผสานไปกับงานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในปัจจุบันการ ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานสามารถจัดงานจิตเวชชุมชนลงไปผสมผสานด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙. มีการประเมินผลการบริการและการวิจัย (Evaluation and research) การวิจัยเพื่อวางแผนการให้บริการ และมีการประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการบริการ

๑๐. การส่งตัวผู้ป่วยอย่างมีระบบ (Referral system) การบริการในระดับชุมชน สามารถให้บริการแก่ ประชาชนได้ในระดับต้น ปัญหาของผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการบริการโดยทีมจิตเวชที่มีความพร้อม มากกว่า จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อให้ครบวงจร และผู้ที่ได้รับการรักษาจากทีมจิตเวชแล้วอาจมารับการรักษา หรือฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยการส่งต่อกลับเช่นเดียวกัน

## แนวคิด หลักการ และกระบวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเป็นกระบวนการนำความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญชำนาญ และประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของชุมชน มุ่งเน้นให้ชุมชนสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชนในชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีของชุมชน ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือและการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิต

พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินการครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช การบำบัดรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพจิตแก่ประชาชนของชุมชน ทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพจิตปกติผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิต และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการ ๒ ระดับ ได้แก่ กระบวนการจิตเวชและสุขภาพจิตระดับชุมชน และระดับบุคคล และครอบครัว (สายฝน เอกวารงกูร, ๒๕๕๘) ได้แก่ การดูแลต่อเนื่องให้ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

การสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชนได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

- การคุ้มครองภาวะสุขภาพ ป้องกันและการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ใช้บริการในชุมชน ให้ได้รับความปลอดภัยจากการใช้บริการ

- การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตได้รับข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพจิตตามความต้องการอย่างครอบคลุม การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการให้ได้รับบริการด้วยความเสมอภาค ให้เกียรติและความเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสิทธิความเป็นมนุษย์และปัจเจกบุคคล

- การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบเพื่อสื่อสารกับทีมงานและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

### การปฏิบัติการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตทั้ง ๓ ระยะโดยดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชน (Assessment)
๒. การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล (Nursing diagnosis)
๓. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation)



#### ๑. การประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชน (Assessment)

พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของชุมชน ได้แก่ ลักษณะและสถานภาพทางภูมิศาสตร์ของชุมชน สถานที่ตั้ง ลักษณะของประชาชนที่อาศัย ความเชื่อ ศาสนา อาชีพ เศรษฐกิจ ร้านค้า การเมืองการปกครองส่วน ท้องถิ่น แหล่งประโยชน์และกิจกรรมต่างที่ดำเนินอยู่ในชุมชน นั้นๆ อย่างเป็นระบบ

#### ๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชน มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุสภาพปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละกลุ่มวัยในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยมีแนวทางปฏิบัติคือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน จำแนกความต้องการการดูแลไปตามกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมความรุนแรงความเร่งด่วนของปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการ

#### ๓. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เป็นการวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือเป้าหมาย เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ การพยาบาล และกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยลักษณะของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ควรบ่งชี้ถึงพฤติกรรมที่สังเกตได้แสดงผลอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นไปได้ และเป็นปัจจุบัน

แนวทางปฏิบัติ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล กำหนดแผนการพยาบาล ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยวางแผนร่วมกับผู้ให้บริการ ครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิตได้รับการดูแลและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

#### ๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation)

มุ่งเน้นการป้องกัน ๓ ระดับ ได้แก่

- การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ของชุมชนโดยการจัดการควบคุมสาเหตุที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์

- เน้นการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดกลไกการต่อต้านความเครียด ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต เช่น การศึกษาวิจัยสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ การให้ความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี การกำจัดสาเหตุที่จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค

- การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต เป็นการจัดให้มีการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติและค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อสนับสนุนหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

- การติดตามดูแลประเด็นสำคัญเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันระยะแรก/ปฐมภูมิ(Primary prevention)

- เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยป้องกันการเกิดตัวก่อความเครียด ส่งเสริมให้ประชาชนหาแนวทางในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม และค้นหากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ดังนี้

- ๑) หากกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง ค้นหาสิ่งทำให้เกิดความเครียด
- ๒) จัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น จัดกลุ่มในโรงเรียน
- ๓) จัดกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือรายบุคคล ครอบครัว คู่รัก
- ๔) ให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลสุขภาพจิต
- ๕) ให้การศึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

สุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตใจ

การป้องกันระยะที่สอง/ทุติยภูมิ (Secondary prevention)

เป็นการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และค้นหาผู้มีปัญหาทางจิตให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่

- ๑) ช่วยลดภาวะความเครียดหรือความกดดันที่เกิดขึ้นกับประชาชนและชุมชน
- ๒) สืบค้นผู้ป่วยและส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว
- ๓) ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
- ๔) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และให้การช่วยเหลือผู้ที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต
- ๕) ให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิต
- ๖) ให้บริการฉุกเฉินทางด้านสุขภาพจิต
- ๗) ให้บริการในโรงพยาบาล และดูแลการให้ยา เป็นต้น

การป้องกันระยะที่สาม/ตติยภูมิ (Tertiary prevention)

เป็นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ดังนี้

- ๑) ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- ๒) ประสานงาน ช่วยเหลือ ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด และการเยี่ยมบ้าน
- ๓) สอนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล
- ๔) ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งข้อมูลปรึกษาหรือส่งต่อให้กับสถานบริการตามระบบ ส่งต่อภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการรักษา หรือผู้มีปัญหาวิกฤติสุขภาพจิต ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ใน

การดูแลรักษาสุขภาพ และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ความก้าวหน้าตามแนวทางที่กำหนด กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชให้กลับมาอยู่ที่บ้านจะต้องมีการติดตามเยี่ยม และให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (psychiatric homecare) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่นบ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคลครอบครัวและชุมชนให้พึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต

### แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### ๑. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีผลปกติจากการคัดกรอง

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลปกติจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒Q ( $2Q = 0$ )

๑. แจ้งผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า
๒. สามารถแจกเอกสารที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
๓. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๒Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่าผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ไปพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

#### ๒. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒Q (ให้คำตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง ๒ ข้อ) และมีผลรวมคะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย  $๔Q < ๗$  คะแนน

๑. แจ้งผลการประเมินและให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
๒. ควรประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
๓. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๒Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่ามีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าให้ไปพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

#### ๓. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย  $๔Q = ๗-๑๒$  คะแนน

๑. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม ( $๘Q$ )
๒. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
๓. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
๔. แนะนำให้/ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ใกล้บ้านหลังพันโทฯ

#### ๔. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย  $๔Q = ๑๓ - ๑๘$  คะแนน

๑. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q)
๒. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
๓. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
๔. พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยและตรวจเพิ่มเติม

#### ๕. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลรวมคะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๘Q  $\geq 19$  คะแนน

๑. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘ คำถาม (๘Q)
๒. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ
๓. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา
๔. พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยและตรวจเพิ่มเติม

#### การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลรวมคะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๘Q  $\geq 7$  คะแนน และมีคะแนนจากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย ๘Q  $\geq 1$  คะแนนขึ้นไป

#### การดำเนินการตามความรุนแรง

##### ๑. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย (๘Q = ๑-๘ คะแนน)

๑.๑ ประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้ ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษาหรือผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ

##### ๒. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง (๘Q = ๙-๑๖ คะแนน)

- ๒.๑ ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหายุ่งยากที่เร่งด่วน
- ๒.๒ ประเมินโรคจิตเวช หากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ๒.๓ ควรจัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และแนะนำญาติให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
- ๒.๔ ควรนัดติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง

##### ๓. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับสูง (๘Q > ๑๗ คะแนน)

- ๓.๑ ควรรักษาในโรงพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมงหรือพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช
- ๓.๒ ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และช่วยแก้ไขปัญหายุ่งยากที่เร่งด่วน

๓.๓ กรณีที่มีโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย ๙Q ได้คะแนน > ๑๓ ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชทันที  
สรุปการสะท้อนคิดจากการฝึกชุมชน

#### ๑. สรุปสิ่งที่คิดว่าจะได้เรียนรู้

สิ่งที่คิดว่าจะได้เรียนรู้ คือรูปแบบการทำงานของพยาบาลจิตเวชชุมชน การประเมิน การคัดกรอง การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเรื่องการออกหน่วย การจัดโครงการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาในชุมชน รวมทั้งการติดต่อประสานงานเพื่อให้การช่วยเหลือชุมชนด้านต่างๆ

#### ๒. สิ่งที่เกิดขึ้นจริง

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง คือ การได้ลงไปประเมิน คัดกรอง ส่งต่อ การดูแลเยี่ยมบ้าน การจัดโครงการ พบว่าเราต้องประเมินชุมชนก่อน ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ศูนย์ในการนำทางก่อน และต้องเข้าหาผู้นำชุมชน ถึงจะได้รับความร่วมมือในการทำแบบสอบถามหรือโครงการ ส่วนกรณีการดูแลต่อเนื่อง ต้องดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยต้องเข้าใจวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนนั้นๆ และไม่เอาความคิดของตนเองมาตัดสิน

#### ๓. สิ่งที่คาดหวัง/สิ่งที่เกิดขึ้นจริง เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

สิ่งที่คาดหวัง/สิ่งที่เกิดขึ้นจริง แตกต่างกันในเรื่องของการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การวางแผนไว้ อาจต้องปรับเปลี่ยนตามบริบทของครอบครัว ผู้ป่วยอาจติดงาน ญาติอาจติดธุระ ผู้ป่วยมีมุมมองว่า ได้กลับมาอยู่บ้านคือปกติแล้ว ไม่จำเป็นต้องมีการดูแลเพิ่ม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่าการอยู่ในโรงพยาบาล

#### ๔. สิ่งที่ได้เรียนรู้นำไปปรับใช้ได้อย่างไร

สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ เมื่ออยู่ในชุมชน พยาบาลต้องปรับตัว และทำงานในรูปแบบเชิงรุก ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัวชุมชน ต้องมีกลยุทธ์ และใช้กลยุทธ์เป็น ต้องมีองค์ความรู้ในหลายด้าน โดยเฉพาะทางด้านจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

#### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

##### ๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ได้สร้างเสริมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ครอบครัว และชุมชน ทำให้เข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น
- ได้ฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยได้ฝึกการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่างๆ ทำให้มั่นใจในการทำงานมากขึ้น
- ได้รับการฝึกการให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว ทำให้เข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้กับตนเอง ครอบครัว และผู้รับบริการได้

- ได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถนำมาใช้กับตนเอง ครอบครัว และผู้รับบริการได้

- ได้รับการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้เกิดความมั่นใจในการกลับมาปฏิบัติงานในหน่วยงานมากขึ้น

- ได้รับการฝึกฝนการประเมินและการสำรวจชุมชน การแก้ปัญหาชุมชน และการจัดทำโครงการเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

- ได้ฝึกการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น และเป็นการเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน

- หน่วยงานได้มีผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นคนแรกของโรงพยาบาล ทำให้มีเครือข่ายในการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่นๆ

- ทำให้หน่วยงานมีบุคลากรที่สามารถประเมิน คัดกรอง และตรวจสุขภาพจิตผู้ป่วยได้ เพิ่มคุณภาพในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยได้

- สามารถเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำพยาบาลรุ่นน้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

- สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงานได้ เนื่องจากสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และผู้รับบริการได้

๒.๓.๓  อื่น ๆ

- ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการ เนื่องจากมีผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยสามารถให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้น

- มีส่วนช่วยทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้จ่ายทางจิตเวชที่ไม่จำเป็น เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษา และการติดตามอาการผู้ป่วย การบำบัดแบบประคับประคองจะช่วยลดอาการกำเริบของผู้ป่วยได้

- ต่อบุคลากรของโรงพยาบาล เนื่องจากมีผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง

เนื่องจากช่วงที่ได้รับการอบรมเกิดโรคระบาดโควิด-๑๙ ทำให้ไม่สามารถจะเดินทางไปยังสถาบันเพื่อได้รับความรู้โดยตรง ศึกษาผ่านการเรียน การสอนแบบรูปแบบออนไลน์ ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การติดตั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ต การซื้ออุปกรณ์ เช่น โทรศัพท์มือถือ ที่มีความทันสมัยรองรับเทคโนโลยี การฝึกปฏิบัติต้องเพิ่มความระมัดระวัง และมีการตรวจติดตามผลโควิด-๑๙ เป็นระยะ การเข้าถึงผู้รับบริการจึงอาจไม่เป็นไปตามรูปแบบหรือหลักการตามหลักวิชาการ

๓.๒  การพัฒนา

- ควรเพิ่มจุดสัญญาณอินเทอร์เน็ตในโรงพยาบาล เนื่องจากการอบรมต่างๆ ทั้งระยะสั้นหรือระยะยาว ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ จำเป็นต้องมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่เสถียร

- การติดต่อประสานงานทางราชการ อาจต้องเพิ่มเรื่องการส่งผ่านทางรูปแบบออนไลน์

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลโดยการส่งอบรมบุคลากรทั้งระยะสั้นและระยะยาวเรื่อง สุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากเมื่อได้รับการพัฒนาไปแล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนเอง หน่วยงานและองค์กร ทำให้สามารถดูแลและให้บริการผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ลงชื่อ.....<sup>โพธิพงษ์ พงษ์ฟ้า</sup>ผู้รายงาน  
(นางณิขมล พลรักษา)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้ เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ.....<sup>กชกร</sup>หัวหน้าส่วนราชการ  
(นางศุภรินทร์ เจริญศรีพงษ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

เอกสารรายงานผลการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



<https://cdn.me-qr.com/pdf/๒๐๖๘๙๗๘.pdf>

แบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการของข้าราชการ

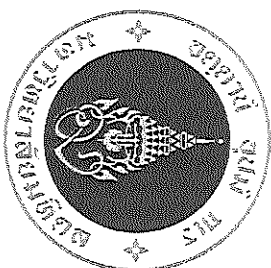


<https://me-qr.com/๕๙๖๗๘๑๘>





กรมสุขภาพจิต  
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์



กรมสุขภาพจิต  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

## กรมสุขภาพจิต ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

### นางณัฐชมล พลรักษา

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Hybrid) รุ่นที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

หน่วยคะแนนการศึกษาคือ ๕๐ หน่วย

ศิวาพร กุญชร

อ. ณัฐชมล

(นางณัฐชมล)

พ.ศ. ๒๕๖๔  
๕.๐๐๐ ( )

(นางอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

(รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

(นายธรรณิษฐ์ กองสุข)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จเจ้าพระยา