

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความจำนวน 10 เรื่อง

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

21 สิงหาคม 2568 เวลา 12:07

เอกสารแนบ 10 ฉบับ

-  470(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.นฤกร.pdf
2094K
-  472(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.นริศรา.pdf
2213K
-  469(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.วิมลสิริ.pdf
2416K
-  471(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.กฤษณา.pdf
2514K
-  546(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม ผศ.ฐิติอาภา.pdf
1264K
-  423(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.นัตยา.pdf
6675K
-  617(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม ดร.พัชรินทร์.pdf
1491K
-  618(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.อนุชา.pdf
1581K
-  482(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม ดร.พัชรินทร์.pdf
2230K
-  619(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.อนุชา.pdf
1788K

นทบทวนแก้ที่พิมพ์

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เจริญทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พช. ๖๕๖. ๒๓๗/๒๕๖๘

วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘



วิทยาลัยเชียงราย

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ ๔๗๒(ท) / ๒๕๖๘
๒๕.๗.๖๘ เวลา ๑๒.๐๓
ผู้รับ

ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ไคร์ศรี	ตำแหน่ง : รองคณบดีฝ่ายบริหาร
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์	กลุ่มวิชา การพยาบาลมารดา ทารก การผดุงครรภ์ และการพยาบาลสตรี
กิจกรรม :	<input type="radio"/> การสัมมนา <input type="radio"/> การฝึกอบรม <input checked="" type="radio"/> การประชุมเชิงวิชาการ <input type="radio"/> การประชุมเชิงปฏิบัติการ <input type="radio"/> อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่
เรื่อง	โครงการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๘ “รับมือซึมเศร้าอย่างเข้าใจ”
หน่วยงานที่จัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
สถานที่จัด	ห้องประชุมศรีจอมทอง โรงแรมไชนารายณ์ ริเวอร์ไซด์ เชียงราย
วัน เดือน ปี	วันที่ 15 พฤษภาคม ๒๕๖๘ พ.ศ. (เวลา 08.00 น. -16.00 น.) ระยะเวลา 1 วัน
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....600..... บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....600.....บาท งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน.....0.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ เนื่องจาก.....อยู่ช่วงระหว่างกรท้วงท้วงการของคณะพยาบาลศาสตร์..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

ภาคเช้า

หัวข้อ รับมือซึมเศร้าอย่างเข้าใจ (รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ สกุลพรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.เชียงใหม่)

วิทยาการอธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้กับแพลตฟอร์ม AI ที่สามารถตอบสนองความรู้ได้หลากหลาย ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานที่ต้องการความช่วยเหลือในการใช้งาน หรือสืบค้นเพื่อการเรียนรู้ในด้านวิชาการ ซึ่งการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นกับกลุ่มป่วย (Mental illness) จะมีโอกาสเป็น Major depressive disorders ที่ต้องได้รับการรักษาในรูปแบบจิตบำบัด และการรับประทานยาต้านเศร้า กลุ่มเสี่ยง (risk group) อาจเป็นกลุ่มที่มีอาการเศร้าหรือมีอารมณ์เศร้า (Depression) และกลุ่มปกติ (normality) ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจะเน้นรูปแบบการส่งเสริม/ป้องกันสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ปัจจุบันพบว่าสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นถึง 280 ล้านคน (ร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก) ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นช่วงสั้นๆ อาจเป็นภาวะซึมเศร้า หรือแม้แต่มุมมองทางอารมณ์โดยมีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ เป็น Depressive disorders แบบ Major จนพัฒนาเป็น Major depressive disorders นั่นเอง ความแตกต่างของอารมณ์เศร้า (Sadness) เป็นอารมณ์ด้านลบ ในทางจิตวิทยาเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไป เกิดได้ทุกเพศ ทุกวัย เมื่อเผชิญกับความสูญเสีย ความผิดพลาดในสิ่งที่ตนเองคาดหวัง การถูกปฏิเสธและมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกผิดหวัง หรือความรู้สึกลึกซึ้งอดและทรมาน ส่วนภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการเศร้าที่มากและนานเกินไป ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับการบำบัดด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่าและอยากตาย และพบบ่อยว่ากระทบในหน้าที่ การงาน การดำเนินกิจกรรมประจำวันและการเข้าสังคมทั่วไป แต่โรคซึมเศร้า มักมีการวินิจฉัย ICD-10 หรือเกณฑ์วินิจฉัย DSM-V โดยการใช้แบบประเมิน 8Q 9Q โดยจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ Mild Moderate Severe และ Psychotic ความเข้าใจที่คนทั่วไปมักคิดว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคจิต (Psychotics) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง แต่ในความเป็นจริง ไม่ใช่โรคทางจิตเวช แต่เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่สามารถรักษาหายขาดและรักษาได้ สำหรับอารมณ์ ของมนุษย์ มี 2 มิติ คือ Mood เป็นภาวะทางอารมณ์

ใช้ชีวิต, กระบวนทัศน์ใหม่ ใช้ในงานและชีวิตประจำวันโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับสภาวะจิตประกอบด้วย จิตพื้นฐาน เป็นกลไกร่างกายธรรมชาติ เช่น การหลับ การตื่น เป็นการสะสมความคิดลบ อารมณ์และความเครียด ส่วนจิตชั้นสูงกว่า ได้แก่ สมาธิและสติ เป็นภาวะจิตที่สงบ มั่นคง สมดุล ปลอ่ยวางและการให้อภัย ทั้ง 2 ส่วนนี้เกี่ยวข้องกับคลื่นสมองความถี่ต่ำและสูงที่มีผลต่อสมองแต่ละส่วน อาทิเช่น สมองส่วนที่ทำหน้าที่ด้านการจัดจ้ทำงานดีขึ้น สมองส่วนหน้าสุดทำงานที่ดีขึ้นในการควบคุมอารมณ์และความคิด สมองส่วนอารมณ์ทำงานน้อยลง และสมองที่เกี่ยวข้องกับความเห็นอกเห็นใจทำงานมากขึ้น ส่วนการฝึกสมาธิ เป็นการฝึกหยุดความคิด ฝึกจัดการความคิดที่เข้ามาสอดแทรก รวมทั้งการฝึกจัดการความคิดและความง่วงอย่างต่อเนื่องจนจิตสงบและผ่อนคลาย มีวิธีการทำได้หลากหลาย ได้แก่ การหลับตา หายใจเข้าออกยาว 5 รอบเพื่อรับรู้ความรู้สึกของลมหายใจที่ผ่านเข้าออก อาศัยหลักการรับรู้ของสมองโดยสังเกตที่ปลายจมูกข้างหนึ่งทีรู้สึกชัดกว่าและดูอย่างต่อเนื่อง แต่การจัดการกับความคิดที่ผิดวิธี คือ การห้ามความคิด หงุดหงิด ว่าวุ่นใจตำหนิตนเอง ดังที่กล่าวมานี้ไม่ถูกต้อง ต่อมาเป็นการฝึกจัดการความคิดที่เข้ามาสอดแทรก โดยตระหนักรู้และเตือนตนเองให้กลับมาอยู่กับลมหายใจเพื่อปลดปล่อยความวุ่นใจจากจิตใต้สำนึก ขึ้นต่อมา เป็นการฝึกจัดการความคิดและความง่วงอย่างต่อเนื่องจนจิตสงบด้วยการนั่งสมาธิยาว 5 นาที ซึ่งประโยชน์ของสมาธิจะลดความวุ่นและความเครียดที่สะสมในจิตใต้สำนึก เพิ่มคุณภาพงาน และเป็นการฝึกสติได้ง่ายยิ่งขึ้น วิทยากรแนะนำแอปพลิเคชัน “ระฆังสติ” ซึ่งผู้ใช้งานสามารถใช้กำกับสติตนเอง โดยใช้คู่มือสื่อสาร คำพูด และการแสดงพฤติกรรมทางร่างกาย ได้แก่ สายตา สีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง ระยะห่างและสัมผัส เป็นต้น ส่วนหลักการสื่อสารพิจารณาการรับและการส่งสารในเวลาเดียวกัน รวมทั้งการใช้คำพูดบอกถึงความคิดและข้อมูล ตลอดจนภาษา ท่าทางในการบอกทั้งความรู้สึกและบอกได้ทั้งสัมพันธ์ภาพนั่นเอง วิทยากรได้ยกตัวอย่างเพลงที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการพูดโดยรู้ลมหายใจ ได้แก่ เพลงดังดอกไม้บาน เพลง Happy birthday เป็นต้น ซึ่งการรู้ลมหายใจเป็นการใช้พลังสติที่ไม่ออกแนว ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ทำให้เกิดสติในการพูด ส่งผลต่อลำดับการพูดได้ดีขึ้น ลดความรุนแรงของอารมณ์ และมีสติในการฟัง ทำให้เข้าใจได้มากขึ้น ฟังด้วยใจที่เป็นกลางเพื่อลดความรู้สึกลงในทางคล้อยตามหรือต่อต้าน ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ช่วยให้ Coaching ดีขึ้น เป็น Emphatic listening เสนอแนะอย่างเหมาะสม

การนำหลักการฝึกสติมาใช้ในระบบสุขภาพ นำไปใช้ได้กับบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ โดยเป็นการฝึกสติบำบัด (MBTC) และการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ส่วนบุคลากรใช้หลัก MIO และ Mind service เพื่อขับเคลื่อนองค์กรในการมีสติสื่อสาร และสติคิดบวก ส่งผลต่อการเรียนรู้และสามารถแก้ปัญหาได้ กลวิธีเหล่านี้สามารถประยุกต์ใช้ในองค์กรโดยมีองค์ประกอบ ทักษะส่วนบุคคล และวิถีกิจกรรม ที่สามารถทำได้ เช่น ฝึกสมาธิก่อนหรือหลังทำงาน มีเสียงเตือนระหว่างวัน มีกติกาการสื่อสารในการทำงานร่วมกัน และมีการประชุมด้วยกัลยาณมิตรสนทนาและการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์

หัวข้อ การสื่อสารเชิงบวก (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พัชรวรรณ แก้วกันทะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย)

วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการสื่อสารทางบวกซึ่งผู้ก่อตั้งแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก คือ เซลิกแมน บิดาแห่งจิตวิทยาเชิงบวกที่ให้ความสำคัญกับการมองเห็นคุณลักษณะเชิงบวกและอารมณ์ด้านบวกในตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันความเจ็บป่วย โดยแนวคิด Well-being Theory มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ เรียกว่า “PERMA Model” 1) Positive emotion เป็นอารมณ์เชิงบวก 2)Engagement เป็นความรู้สึกมีส่วนร่วมในสิ่งที่ทำ 3)Positive Relationship เป็นความสัมพันธ์ที่ดี 4)Meaning of life การรับรู้ความหมายของชีวิตหรือสิ่งที่ทำ 5)Achievement การบรรลุถึงเป้าหมายความสำเร็จที่ไว้วางแผนไว้ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีระดับของ PERMA เพิ่มสูงขึ้น จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้

หลักการและการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก เป็นแนวทางที่ใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและเกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดความขัดแย้ง สร้างความเข้าใจและเชื่อมั่นนำสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือที่ดี องค์ประกอบในการสื่อสารเชิงบวก 1)สัมพันธ์ภาพ คือ การมีทัศนคติที่ดี การยอมรับและเข้าใจ สื่อสารด้วยอารมณ์ที่สงบ 2)การฟัง เป็นการฟังด้วยความเข้าใจและใส่ใจ ผสมผสานกับการฟังเชิงรุก (Active Listening) อาศัยหลักการสบตา ชักถามด้วยความสนใจ ไม่ขัดจังหวะผู้พูด ไม่เปลี่ยนเรื่องสนใจอารมณ์และความรู้สึกรวมทั้งการแสดงออกว่ารับฟัง การจับอารมณ์ เป็นการรับรู้อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น และการจับสะท้อนความรู้สึก เป็นลักษณะอย่างหนึ่งของผู้ฟังที่ดีและการใช้ประโยคบอกเล่าที่แสดงให้เราเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น 3)การใช้ภาษาและการพูด เช่น การถาม ควรใช้คำถามปลายเปิด ถามความคิดความรู้สึกและความต้องการ การชมควรชมทันทีขณะที่ทำพฤติกรรมที่ดี บอกความรู้สึกของตนเองและระบุพฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำ การใช้ภาษากาย การพูด เป็นต้น

เทคนิคการสื่อสารทางบวก มี 3 ระยะ ดังนี้ 1) ก่อนสื่อสาร เป็นการสังเกตอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองก่อน 2) ขณะสื่อสาร เป็นการสื่อความรู้สึกของผู้พูดต่อพฤติกรรมผู้ที่จะสื่อสารด้วย และเสนอแนะทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง 3)หลังสื่อสาร เป็นการรับฟัง ยอมรับ ให้ความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้ฟัง ซึ่ขบ ดูแลติดตามนั่นเอง

ที่ยังคงอยู่ยาวนาน และ Effect เป็นอารมณ์ที่แสดงออกภายนอกที่คนอื่นสังเกตเห็น นำไปสู่ความรู้สึกหมดหนทาง หมดทางช่วยเหลือตัวเอง (Helplessness) ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีความหวัง ร่วมกับความโดดเดี่ยวเดียวดาย (Loneliness) ทุกข์ใจ ทุกข์ทรมาน ตลอดจนรู้สึกไม่เป็นทุกข์ไม่สุขนั่นเอง (Suffering) การประเมินว่ามีอาการซึมเศร้าหรือไม่ มักมาจากการสังเกตคนรอบข้าง ร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมินร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ตรวจวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เช่น แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม PHQ-9 เกณฑ์การวินิจฉัย MDD ตาม DSM-5 ที่เด่น ได้แก่ ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าในโรคไบโพลาร์ ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าจากโรคทางกาย หรือ Organic cause และครบตามเกณฑ์อาการ 5 อาการ คือ เกิดขึ้นแทบทั้งวัน เป็นเกือบแทบทั้งวัน เป็นเกือบทุกวันต่ำกว่า 2 สัปดาห์ ทำให้เสียหน้าที่การงานและสังคม โดยปรากฏอาการเหล่านี้อย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้า ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นต้น หากเป็น Dysthymic Disorders จะมีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน ทั้งจากการบอกเล่าและสังเกตอาการของผู้อื่นนานอย่างน้อย 2 ปี ในช่วงที่ซึมเศร้า มีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป มักเบื่ออาหารหรือกินจุ นอนไม่หลับหรือหลับมากไป ีเรี่ยวแรงน้อยหรืออ่อนเพลีย คุณค่าในตนเองต่ำ สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจยาก รู้สึกหมดหวัง และในช่วง 2 ปีของความผิดปกตินี้ ผู้ป่วยไม่มีช่วงเวลาที่ดีกว่าจากอาการที่กล่าวมาข้างต้น หรือนานเกินกว่า 2 เดือนในแต่ละครั้ง

การดูแลช่วยเหลือจัดการเพื่อรับมือภาวะซึมเศร้า หรือโรคซึมเศร้า ในกรณีที่ประเมินหรือวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคซึมเศร้า จะต้องจัดการที่เหตุปัจจัยมาก่อนอันดับแรก ซึ่งการจัดการปัจจัยทางชีวภาพ ร่วมกับปัจจัยทางจิตสังคม โดยเข้าใจด้วยจิตใจที่อยากช่วยเหลือ มีหลายวิธีการ เช่น) การให้ยาต้านเศร้า กลุ่ม SSRIs พิจารณาการให้ยากลับเป็นอันดับต้นๆ โดยเลือกให้ยาต้านเศร้ากลุ่ม MAOIs (TCAs) ซึ่งยากกลุ่ม SSRIs มีกลไกที่ลด/ยับยั้งการนำกลับของซีโรโทนินเป็นส่วนใหญ่ 2) การเลือกทานสารอาหาร/สารตั้งต้นของการผลิตซีโรโทนิน เช่น อาหารที่มีทริปโตเฟนสูง เช่น ถั่วลิสง ถั่วแระ เนื้อไก่ เมล็ดพืชทอง เป็นต้น การกระตุ้น ส่งเสริมให้ลำไส้ผลิตสารซีโรโทนินและโดพามีนให้ปกติหรือเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยการรับประทานอาหารกากใยสูง หรือการรับประทานอาหารจุลินทรีย์ดีในลำไส้ เช่น แแบคทีเรีย 800 ชนิดที่แตกต่างกัน การรับประทานผักโขม แครอท กะหล่ำปลีม่วง พรักหวานสีเขียวยาวแดงเหลือง ค่ะน้า เป็นต้น และการทานอาหารหมักดองที่มีโพรไบโอติกส์ ซึ่งมีแบคทีเรียและยีสต์ตามธรรมชาติจำนวนมาก โดยค่อยๆ เพิ่มโพรไบโอติกส์ในมื้ออาหารทีละน้อย ได้แก่ โยเกิร์ตสธรรมชาติ คอมบูชา มิโซะ กิมจิ เป็นต้น แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป อาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงอาจส่งผลกระทบต่อจุลินทรีย์ในลำไส้ ทำให้กระตุ้นการอักเสบในร่างกายและส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตได้ และประการสำคัญที่มีผลอย่างมาก คือ การลดความเครียดหรือการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันมีวิธีการจัดการที่หลากหลาย เช่น จิตวิทยาสติ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ Modern mindfulness

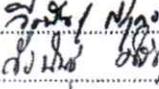
สิ่งที่ต้องระวังในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า คือ การฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่บุคคลแสดงพฤติกรรมทำให้ชีวิตตนเองสิ้นสุดลง การทำลายหรือทำร้ายชีวิตของตนเอง ทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา โดยเป็นความสับสนใจระหว่างต้องการมีชีวิตอยู่หรือต้องการตาย โดยมีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 10 ประการ ได้แก่ ชีวิตประสบปัญหา ใช้สุราหรือยาเสพติด สิ้นหวังทางจิตวิตกริต ไม่คบไม่พูดกับใครป่วยทางใจหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ในความคิดมีแต่เรื่องความตาย มีการวางแผนไว้ว่าจะจบชีวิตของตนเอง สับสน ซึมเศร้า นอนไม่หลับถึงเครียด คนในครอบครัวอาจมีประวัติอัตวินิบาตกรรม และเคยกระทำการฆ่าตัวตายมาก่อน ทั้งหมดนี้อาจมาจาก Cognitive model จากการศึกษาในวัยเด็กที่ผ่านมา ประกอบกับสิ่งเร้าที่เป็นวิกฤตของชีวิตมากระตุ้นแล้วรับรู้หรือประเมินได้ โดยส่งผลที่อารมณ์ พฤติกรรมความทุกข์ และสรีระ ทำให้เกิดความคิดลบโดยอัตโนมัติ นำไปสู่ Depression ได้ สำหรับวิธีการบำบัด/ปรับความคิด สามารถทำได้โดย 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ 2) การประเมินและการตรวจเช็คความคิดอัตโนมัติทางลบ 3) การเผชิญหรือการปรับความคิดที่เป็นวิธีการที่ทำให้ได้อยู่ได้ หรือทำให้ทุกข์ลดลง

ในการส่งต่อและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำได้โดย การประเมินตนเองหากเกินศักยภาพ เกินบทบาทหน้าที่ตนเอง ต้องส่งต่อผู้ที่เชี่ยวชาญกว่าตนเอง โดยมีระบบการดูแล มีเครือข่ายสำหรับการขอความช่วยเหลือ การรักษาต่อ หลังจากได้รับการรักษาต้องรับมาดูแลต่อเนื่องตามบทบาทเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการให้ยาในระยะ Acute-phase เพื่อรักษางานอาการซึมเศร้าหายดี และต้องทานยาต่อเนื่อง 6-9 เดือนร่วมกับการปรับพฤติกรรมที่นำไปสู่การนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า อาจประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมติดตามเผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำอย่างสม่ำเสมอ

ภาคท้าย

หัวข้อ สติบำบัดกับการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์)

วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับหลักคิดของจิตวิทยาสติ ใช้หลักการเข้าใจ ผิกและใช้งาน โดยมีการสื่อสารใหม่ (New Communication) ใช้คำที่ง่าย ตรงความรู้ทางจิตวิทยาและศาสตร์สมอง, การเรียนรู้ใหม่ เป็น active based learning นำไปเป็นวิถีทั้งในการทำงานและการ

ประโยชน์ที่ได้รับ 1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การประเมิน แนวทางในการรักษาปัจจุบัน 2. ได้ฝึกการฝึกสติเพื่อการจัดการอารมณ์ของตนเอง เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ 3. สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการประชุมวิชาการสู่การนเทศน์ศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี ในรายวิชาที่ตนเองได้จัดการเรียนการสอน	
แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน	
หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
การนำความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มาปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนของตนเองในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถใช้หลักการที่ได้จากการประชุมวิชาการไปประยุกต์ใช้ทั้งผู้สอนและผู้เรียน โดยนำไปบูรณาการวิธีการจัดการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวช	
เอกสารที่แนบมาด้วย 1. สรุปสาระสำคัญที่ได้รับจากการประชุม 2. เกียรติบัตรการประชุมวิชาการ (อยู่ระหว่างรอดำเนินการ) 3. ใบเสร็จรับเงิน (อยู่ระหว่างรอดำเนินการ) 4. หนังสือเชิญเข้าร่วมประชุม	
วิทยากร  ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไชยพร ไคร์ศรี	ผู้รายงาน  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไชยพร ไคร์ศรี) วันที่...24.../...ก.ค.../...2568...
ความคิดเห็นของรองอธิการบดี	
รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร <input checked="" type="radio"/> ฝ่ายวิชาการ <input type="radio"/> ฝ่ายกิจการนักศึกษา	
กว	
ลงชื่อ...  (นาย ดร. สมพงษ์ ชัยวงศ์)	
ความคิดเห็นของอธิการบดี ทพ.	
ลงชื่อ...  (นาย ดร. สมพงษ์ ชัยวงศ์) 21 ส.ค. 2568	

1. ไลน์ อภิสิทธิ์
 2. ไลน์ รศ. ดร. สมพงษ์
 ไลน์ อ. ดร. ไชยพร
 ไลน์ อ. ดร. สมพงษ์
 ไลน์ อ. ดร. สมพงษ์
 30/17/68

