



Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 1604-1606,1641-1643/2567

1 ข้อความ

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

6 มีนาคม 2568 เวลา 10:03

เอกสารแนบ 6 ฉบับ

-  1604(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ปารีชาติ.pdf
4746K
-  1605(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พนิดา.pdf
6049K
-  1606(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุมอ.สาวัดรี.pdf
4036K
-  1641(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พรปวีณ์.pdf
3490K
-  1642(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พัชรินทร์.pdf
2645K
-  1643(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.นริศรา.pdf
2603K

ใบแจ้ง อ. นริศรา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ไคร์ศรี
รักษาการรองคณบดีฝ่ายบริหาร

พ.จ. ๒๖๖. ๘๒๓/๒๕๖๗

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘



วิทยาลัยเชียงใหม่

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

สำนักอธิการบดี

วิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ ๑๖๐๕(๗)/๒๕๖๗

๒ วิชา ๒๕๖๘ เวลา ๑๕.๐๕

ผู้รับ.....

ชื่อ-สกุล อาจารย์พนิดา ชัยวัง	ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์	กลุ่มวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
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 พย.๖๗.๗๑๔/๒๕๖๖.ลงวันที่ ๓.๑.๒๕๖๘/ เลขที่ สำนักงานอธิการบดี วิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๔๕๘ (๑๑)/๒๕๖๗.ลงวันที่ ๓.๑.๒๕๖๘
เรื่อง	บทบาทพยาบาลกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์
หน่วยงานที่จัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่จัด	ผ่านระบบ online ZOOM application
วัน เดือน ปี	วันที่ 10 -11 กุมภาพันธ์ 2568 (เวลา 08.00 น. -16.00 น.) ระยะเวลา 2 วัน
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....800..... บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....800.....บาท งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน.....0.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ไม่มี
สรุปสาระสำคัญ การประชุมวิชาการ บทบาทพยาบาลกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ ประจำปี 2567 มีรายละเอียดการประชุมวิชาการ ระยะเวลา 2 วัน ดังนี้ วัน จันทร์ ที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 (08.00 น. – 16.00 น.) ภาคเช้า หัวข้อ ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยและการรักษา (ผศ.พญ.ปัญญาภรณ์ วาสิประโคน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) ความรุนแรงในสถานที่ทำงานพบว่า มีหลายกรณีที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ อาทิเช่น การถูกรุกระทำรุนแรงทาง วาจา มักเป็นการใช้น้ำเสียงตะคอก ตะโกน เป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นการไม่ให้เกียรติ การใช้คำดูถูกตามวางตัวเหนือกว่า/อ้างตัวว่า เป็นผู้มีความรู้คุณ ตลอดจนการถูกตำหนิติเตียน กล่าวโทษหรือทำให้กลัว การวิพากษ์วิจารณ์ให้เสื่อมเสีย ต่อมาเป็นด้านการถูกรุกระทำ รุนแรงทางร่างกาย ได้แก่ การผลัก ดึง ลาก กระชาก ขว้างปาด้วยวัตถุ หรือแม้แต่การชกต่อย เตะ การใช้อาวุธกรีดแทง โดยมีกรวิจัยที่ พบว่า พยาบาลช่วงอายุ 20-58 ปี อายุเฉลี่ย 31.9 ปี มีโอกาสเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ สมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการ กำหนดแนวทางว่า การแนะนำเจ้าหน้าที่ควรได้รับการฝึกการดูแล หรือการจัดการพฤติกรรมที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวสดังเช่นเดียวกับ ACLS และต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปี การที่ผู้ป่วยโรคทางกายและโรคจิตเวชหลายโรค เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสน นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ บางเหตุการณ์หากไม่ได้รับการดูแลที่ทันที่ถึงแก่ชีวิต กรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช ควร ให้การช่วยเหลือทันที ไม่ปล่อยให้รอนานซึ่งการแก้ไขตั้งแต่แรกจะกระทำได้ง่ายกว่าการปล่อยให้เหตุการณ์รุนแรงแล้วไปควบคุม สถานการณ์ หากพยาบาลวิชาชีพไม่สามารถจัดการได้ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย หรือตำรวจเพื่อตรวจว่ามีอาวุธหรือไม่ จากนั้นเป็นการประเมินผู้ป่วยด้วยการดูก่อนที่จะเข้าไปประเมินผู้ป่วยโดยตรง การแสดงออกทางภาษากายและทางวาจา ข้อมูลจากพยาน	

แนวลัทธิผู้ป่วยทุกระดับ มีประโยชน์อย่างมากในการรักษา โดยสิ่งสำคัญที่ควรประเมินทันทีที่ทำได้ คือ Brief History , Vital Signs, Blood Sugar Level, Oxygenation Level เป็นต้น และข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้นำส่ง ระยะเวลาของการเกิดอาการ ความพร้อมของผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ประวัติการเจ็บป่วยเดิมทั้งทางกาย/ทางจิตเวช การวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยก้าวร้าวรุนแรงมาก่อน หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชจะไม่มีมาตรการทางห้องปฏิบัติการแบบเป็นชุดที่แนะนำเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทุกราย แต่จะแนะนำให้ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโรคหรือภาวะที่สงสัยในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญ อาการที่บ่งบอกว่าเป็นภาวะจิตเวชฉุกเฉินมีหลายกลุ่มอาการ ได้แก่ ภาวะ Delirium ที่มักเกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้การใส่ใจ ความจดจ่อผิดปกติ การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลงไม่ค่อยคงที่ ภาวะนี้จึงต้องรีบค้นหาสาเหตุและให้การรักษาเร่งด่วนทันที โดยมีเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะนี้ คือ 4AT ต่อมาเป็น Intoxication or withdrawal เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงจากการใช้สารเสพติดโดยเกิดได้ในภาวะเป็นพิษ หรือ ภาวะถอนจากสาร ซึ่งภาวะที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ จะใช้หลักการสื่อสารที่เน้นหลักสำคัญ คือ 1) Respect personal space 2) Do not be provocative 3) Establish verbal contact 4) Be concise (สั้น กระชับ ทวนได้ถ้าจำเป็น) 5) Identify wants and feelings (การสังเกตความต้องการผ่านทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา) 6) Listen closely to what the patient is saying การแสดงความใส่ใจผ่านท่าทางและคำพูดให้ผู้ป่วยรับรู้ 7) Agree or agree to disagree การเห็นด้วยตามความเป็นจริงว่าสิ่งนั้นมีโอกาสที่เป็นไปไม่ได้ 8) Lay down the law and set clear limits 9) Offer choices and optimism เป็นการเสนอทางเลือกในการควบคุมตนเองและทีมงานทำได้จริง และ 10) Debrief the patient and staff การพูดคุยหลังเหตุการณ์กับผู้เกี่ยวข้อง สำหรับการใช้จ่ายในกรณีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ เป้าหมายในการให้ยาเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสงบและร่วมมือกับการตรวจรักษามากขึ้น ยาจะใช้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยา first generation antipsychotics (FGA) : ยา Chlorpromazine (CPZ) ยา Haloperidol /กลุ่มยา second - generation antipsychotics (SGA) ได้แก่ Risperidone , Olanzapine และ กลุ่มยา Benzodiazepine เช่น ยา Lorazepam iazepam ที่มีข้อควรระวังคือ oversedating, potential for respiratory depression, hypotension นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ที่อาจเกิดจากความเครียด แรงกดดันจากปัญหาความสัมพันธ์ การถูกทำร้ายทั้งในโรงเรียน ที่ทำงาน โศกเศร้าย /การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมทั้งปัญหาด้านการเงิน ประสบหนี้สิน ตกงาน เป็นต้น ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดความสิ้นหวัง โดยเหตุผลที่คิดฆ่าตัวตายเพื่อยุติความเจ็บปวดหรือเพื่อหยุดความรู้สึกที่มีอยู่ว่าสามารถหนีชีวิตอยู่ต่อไปกับความเจ็บปวด หรือความรู้สึกที่กำลังเผชิญอยู่ หรืออีกกรณีเพื่อเรียกร้องความสนใจ แก่แค้น หรือเรียกร้องอะไรจากผู้อื่นก็เป็นได้

หัวข้อ ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ (วิทยากร คุณสันติ พรหมนิมิต พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง)

“สุขภาพจิต” หมายความว่า สุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลกับสุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม

“ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลาสถานที่ หรือบุคคล รวมทั้ง อาการผิดปกติของ จิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

สำหรับการนิยามผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ ผู้ป่วยคดี คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา โดยพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ต้องได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา รวมทั้งมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย จากการเป็นผู้ป่วยผิดปกติทางจิต ทำให้ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและในการทำงาน การมีภาพลักษณ์เป็นลบ ถูกตีตรา ถูกรังเกียจ รวมถึงการถูกกีดกันสิทธิ ถูกรังแกต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิตจึงมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ค้ำครอง โดยเป็นการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจิตให้ได้รับการรักษาและการคุ้มครองตามหลักสิทธิมนุษยชนนั่นเอง ปัจจุบันมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 (ปรับปรุง พ.ศ.2562) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองจากการเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ในสื่อทุกประเภท ตลอดจนการบำบัดรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ สาระสำคัญของ พรบ.สุขภาพจิต ฉบับปรับปรุงนั้น มุ่งเน้นให้ประชาชนและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองและเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต 3) ด้านการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 5) ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์จะเกี่ยวข้องกับด้านที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณ

หรือแยกผู้ป่วย (ม.17) จะกระทำไม่ได้เว้นแต่กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ภายใต้การดูแลของผู้บำบัดรักษา และในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (ม.18) การให้ความยินยอมในการรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีผู้ป่วยมีความสามารถในการให้ความยินยอมหรือมีผู้ให้ความยินยอมแทน ต้องทราบเหตุผล ความจำเป็น ความเสี่ยงต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการรักษา ส่วนกรณีการทำหมันผู้ป่วย (ม.19) จะกระทำไม่ได้เว้นแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยทราบเหตุผลถึงความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ของการรักษา

หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ : ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (วิทยากร พญ.พรธีรา พรหมยวง แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์)

หัวข้อนี้มีการจำแนกประเด็น 3 ส่วน คือ 1) การแจ้งเหตุและสั่งการ 2) Pre hospital management for emergency psychi patient 3) ED management for psychi patient โดยผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มักเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมักดื่มสุราเป็นประจำ ผู้ป่วยจิตเวชเดิม และเคยทำลายนางฟ้า เผาข้าวของทรัพย์สินต่างๆ การใช้สารเสพติด มีประวัติทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และมีพฤติกรรมหรืออารมณ์หงุดหงิดวุ่นวาย ก้าวร้าว การส่งสัญญาณเตือนผู้ป่วยทางจิตเวช เรียก alarming sign ที่สำคัญและควรทราบ ได้แก่ ไม่หลับไม่อน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว เทียบหวาดระแวง ไม่พูดไม่จา หน้าตาหมองเศร้า แยกตัว และอยากทำร้ายตนเอง หากพบผู้ป่วยผิดปกติทางจิตเวช การแจ้งเหตุเป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา หมายเลข 1669 รายงานอาการผู้ป่วย ที่อยู่ที่ชัดเจน และเบอร์โทรติดต่อหลัก สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในระยะ Prehospital เน้นเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเสี่ยงที่มีสัญญาณเตือน โดยญาติ คนใกล้ชิด หน่วยงานในชุมชนนำส่งโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยที่คุ้มคลั่ง อาละวาดอย่างรุนแรง ต้องเรียก 1669 และโทร 191 เพื่อขอเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้กักผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลต่อไป โดยหลังจากผู้กัก การให้ยา diazepam 10 mg IV stat และ haloperidol 5 mg IM จำเป็นสำหรับเหตุการณ์นี้ การจัดการผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ A : AIRWAY B : BREATHING C : CIRCULATION D : DISABILITY E : EXPOSURE ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC /BUN Cr ELECTROLYTE Ca Mg PO₄ / LFT / URINE SUBSTANCE /CT BRAIN if has indication : AOC เป็นต้น ต่อมาการพบจิต

ภาคบ่าย

หัวข้อ การช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤติเด็กและวัยรุ่น : ทักษะชีวิต (วิทยากร อาจารย์ ดร.हरรรษา เศรษฐบุปผา หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤติทางจิตใจในเด็กและวัยรุ่น ทักษะชีวิตในการรับมือกับภาวะวิกฤติ โปรแกรมเด็กรุ่นใหม่ใจเย็นๆ โดยอธิบายว่า ภาวะวิกฤติทางจิตใจในเด็ก 1. ภาวะวิกฤติทางอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งมีความเสี่ยงซึมเศร้า: ระหว่างปี 2565-2567 กรมสุขภาพจิตได้สำรวจเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 503,884 ราย พบว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้าถึง 51,789 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.28 และเสี่ยงทำร้ายตนเอง จำนวน 87,718 รายคิดเป็นร้อยละ 17.4 ความวิตกกังวล (Anxiety Disorder) ภาวะบาดเจ็บทางจิตใจ (Trauma): จากเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด หรือเหตุการณ์ภัยพิบัติ 2. ภาวะวิกฤติด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวหรือความรุนแรง (Aggression or Violence) ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (Substance Use Disorder) การหลบหนีออกจากบ้านหรือการต่อต้านกฎระเบียบ (Rebellious Behavior) ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา การเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี เด็กและเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด คิดเป็น 60% ของผู้ที่เข้ารับการรักษาในปี 2565 3.ภาวะวิกฤติด้านการเรียนรู้และสังคม ปัญหาด้านการเรียนรู้: ได้แก่ ปัญหาการเรียนรู้จากภาวะสมาธิสั้น (ADHD), ความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disabilities) การขาดแรงจูงใจหรือความมั่นใจในตนเอง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการเรียน เด็กที่มีภาวะ ADHD อาจพบปัญหาในการรักษาสมาธิและการเรียนรู้ ส่งผลให้ไม่สามารถติดตามบทเรียนได้ตามที่ควร อีกทั้งยังอาจถูกเพื่อนรอบข้างมองว่ามีพฤติกรรม “แปลก” ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า และ 4. ภาวะวิกฤติด้านสุขภาพกายและพัฒนาการ ได้แก่ 1. พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า (Motor Delay) เกิดจากปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก เช่น การเดิน การจับดินสอ หรือการใช้มือ 2. พัฒนาการทางภาษาและการสื่อสารล่าช้า (Speech and Language Delay) เด็กที่มีปัญหาในการพูด การออกเสียง หรือการเข้าใจภาษา สาเหตุอาจมาจากปัญหาการได้ยิน ความผิดปกติของสมอง หรือการไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม 3. พัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ล่าช้า (Cognitive Delay) สาเหตุอาจมาจากพันธุกรรม (เช่น Down Syndrome) หรือภาวะขาดสารอาหารในวัยเด็กเล็ก 4. พัฒนาการด้านการมองเห็นและการได้ยินล่าช้า (Sensory Delay) เด็กที่มีปัญหาในการรับรู้ทาง

สลายหรือการได้ยิน อาจส่งผลต่อการเรียนรู้ การพูด และการเคลื่อนไหว 5.ภาวะวิกฤติจากสภาพแวดล้อมและครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการทารุณทางเพศต่อ เด็กและเยาวชนหญิง นอกจากนี้ การคุกคามในพื้นที่ออนไลน์ยังเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพจิตของเยาวชน และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว มากขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง 6.ภาวะวิกฤติจากการใช้สื่อและเทคโนโลยี ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจาก การใช้เทคโนโลยี การติดเกม สื่อโซเชียล และ การกลั่นแกล้งทาง ออนไลน์ (Cyberbullying)

หัวข้อ : การช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤติ: การปฐมพยาบาลใจ (วิทยากร อาจารย์ ธนพล บรรดาศักดิ์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท)

วิทยากรอธิบายเหตุการณ์วิกฤติ ภาวะวิกฤติเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ และมีความตึงเครียด เมื่อใดก็ตามที่บุคคลได้ยินคำนี้ ก็มักถูกกระตุ้นให้รู้สึกถึงความเสี่ยง ภัย อันตราย ความไม่แน่นอนที่คับคูลานเข้ามา เป็นสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้คน องค์กร หรือสังคม ภาวะวิกฤติมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับคำว่า “ความเสี่ยง (Risk)” โดยความเสี่ยงนั้น หมายถึงความไม่แน่นอนและความรุนแรงของเหตุการณ์และผลที่ตามมา *องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤติ* มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การรับรู้เหตุการณ์ เป็นการรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่บิดเบือนไปจะส่งผลให้การแก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ 2. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีแหล่งสนับสนุนที่ดี พร้อมให้การช่วยเหลือจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล 3. การเผชิญปัญหา เป็นกลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ชีวิตแต่ละบุคคล หากบุคคลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะลดความทุกข์ใจและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การส่งเสริมให้บุคคลมีความสมดุลของทั้ง3 องค์ประกอบ จะทำให้บุคคลสามารถประเมินปัญหา และรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือ และสามารถใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มี ประสิทธิภาพ ส่วน*ระยะของภาวะวิกฤติทางจิตใจ* ก่อนที่บุคคลจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติทางอารมณ์นั้น บุคคลจะต้องผ่านภาวะต่าง ๆ 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤติ (pre-crisis stage) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มเผชิญกับความเครียด ซึ่งในระยะนี้หากบุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ก็จะรักษาความสมดุลด้านจิตใจและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ พยาบาลมีบทบาทเข้าไปช่วยเหลือบุคคลเพื่อร่วมกันหาแนวทางการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น อันเป็นการลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในระยะต่อไป 2. ระยะวิกฤติ (crisis stage) เป็นระยะที่บุคคล ไม่สามารถจัดการแก้ไข และปรับตัวกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้แม้บุคคลจะพยายามใช้วิธีการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธีแล้วก็ตาม ส่งผลให้บุคคลเข้าสู่ระยะวิกฤติ โดยทั่วไปความรู้สึที่เกิดขึ้นใน ระยะนี้จะหายไป 4-6สัปดาห์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การฝึกหายใจ การนวดคลายเครียด เป็นต้น 3. ระยะหลังเกิดภาวะวิกฤติ (post-crisis stage) เป็นระยะที่บุคคลมีความเครียดลดลงเนื่องจากหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้โดยทั่วไปจะกลับคืนสู่ภาวะปกติในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ สำหรับการปฐมพยาบาลทางใจ เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแย่ลงหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เพื่อลดและบรรเทาความเจ็บปวดทางจิตใจ โดยการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เสริมสร้างความรู้สึกลปลอดภัย รวมทั้งค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง

วัน อังคาร ที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 (08.00 น. – 16.00 น.)

ภาคเช้า

หัวข้อ พยาบาลกับการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ที่ห้องฉุกเฉิน (วิทยากร นางชุตติกาญจน์ ทองสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวนปรุง)

จิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่งสับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ อาการดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำ เป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย แบ่งตามพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมี 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้ 2) พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุดบุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ *สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)* ได้แก่ โรคทางกาย การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม และโรคทางจิตเวช สำหรับการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ

แนวทางการคัดแยก โรงพยาบาลสวนปรุง 2567 ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 4 ประเภท ได้แก่ Emergency = ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน/วิกฤติ Urgent ผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน Semi-Urgent ผู้ป่วยประเภทกึ่งเร่งด่วน และ Non-Urgent ผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วน นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ที่ใช้ประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก รวมทั้งรุนแรงต่อทรัพย์สิน /แบบประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติทางกาย (Modified Early Warning Sign: MEWS Score) แบบคัดกรอง 2Q 9Q และ 8Q แบบประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช/ แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา + การประเมิน SAVE โดยหลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ 1) การประเมินอาการเบื้องต้น 2) การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น 3) การให้การรักษาทางการแพทย์ และ 4) การป้องกันอันตราย โดยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างปลอดภัย หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าโดยตรง และทีมสนับสนุนพร้อมช่วยเหลือ

หัวข้อ พยาบาลกับการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วย (วิทยากร นายสันติ พรหมนิมิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง)

วิทยากรได้อธิบายผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วย โดยมีความความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ หรือพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกที่ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม โดยมีลักษณะของพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ เป็นการแสดงออกของความก้าวร้าวเพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเองและไม่สามารถที่จะสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น มีประวัติเคยก่อความรุนแรง ใช้สารเสพติด/ดื่มสุรา โดยเฉพาะระยะหยุดหรือระยะถอน รวมทั้งสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า เช่น เสียงดังรบกวน ความวุ่นวาย เป็นต้น สัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การเคลื่อนไหวและการกระทำ การแสดงออกทางคำพูด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใดนั่นเอง

การผูกมัด เทคนิค และวิธีการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดย 1) การใช้ทักษะการสื่อสารหรือคำพูด (Talk to the patient) 2) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด 3) การจับผู้ป่วยให้อยู่นิ่งๆ 4) การนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม 5) การให้ยาฉีดเมื่อจำเป็น 6) การผูกมัด (use of restraints) จะใช้เป็นวิธีสุดท้าย ไม่จัดการโดยลำพัง ทีมต้องพร้อม ซึ่งข้อบ่งชี้การปลดปล่อยการผูกมัด 1) พฤติกรรมรุนแรงลดลง 2) รับรู้ เวลา สถานที่ บุคคลดีขึ้น 3) อารมณ์คงที่ 4) ไม่กระสับกระส่ายไม่วิตกกังวล 5) นอนหลับพักผ่อนได้ 6) รับประทานอาหาร น้ำและยาตามปกติ

หัวข้อ พยาบาลกับการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดและจิตเวชศาสตร์ฉุกเฉินในชุมชน (วิทยากร นางสาวณัฐนิชชา คำลือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง)

ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมชนิดรุนแรงซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานพบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการอาการกำเริบประกอบด้วย 4 โรคได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ 4) การติดยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึงผู้ป่วย SMI-V ที่มีพฤติกรรมรุนแรงดังนี้ SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตในชุมชน SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจงเช่นระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง(ฆ่าพยายามฆ่าข่มขืนวางเพลิง* SMI-V Low Risk หมายถึงผู้ป่วย SMI ที่เคยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแต่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีต่อเนื่องจนครบ 5 ปีและมีมติร่วมของทีมจัดการรายกรณีว่าความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงแล้วโดยต้องมียาคุมครอบทั้ง 5 ข้อดังนี้ 1.ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยาไม่ขาดนัด 2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในตลอดช่วง 5 ปี 3. ไม่ใช้สุราและยาเสพติด 4. ครอบครัวและชุมชนร่วมดูแลและเฝ้าระวังความรุนแรง 5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอาญารุนแรงได้แก่ฆ่าพยายามฆ่าข่มขืนและวางเพลิง โดยแนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดยติดตามผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการเตือน/อาการกำเริบประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น มีแนวทางที่ควรทราบ ดังต่อไปนี้ 1) 1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วย

จิตเวชและยาเสพติดในสถานพยาบาลทุกระดับวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชน 2) 2. พยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายของสถานพยาบาลติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับเครือข่ายที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในชุมชน 3) การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ผู้จัดการรายกรณีกำหนดผู้จัดการข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข และใช้ข้อมูลร่วมกับทีมสังคมและความมั่นคงเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็น 4) พิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนร่วมกัน 5) ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้านและในชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังความเสี่ยงดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุก 1 เดือน 3 เดือนหรือจนกว่าเครือข่ายสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีแล้ว และ 6. ประสานสิทธิประโยชน์การดูแลช่วยเหลือในด้านอื่นๆที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพึงได้รับ และมีโมเดลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องในชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดีมาก คือ แก้วเขียวโมเดล

ภาคบ่าย

หัวข้อ ทักษะการเจรจาต่อรองในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ (วิทยากร นายประสงค์ศักดิ์ เจนกิจจาไพบุลย์ นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง)

การเจรจาต่อรอง การสื่อสารความคิดระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันในปัญหาข้อขัดแย้งต่างๆ วัตถุประสงค์ของการเจรจาต่อรอง ได้แก่ ถ่วงเวลา หาข้อมูล และเจรจาต่อรอง ปัจจัยหลักในการเจรจาต่อรอง ประกอบด้วย มีทักษะในการตั้งใจฟัง 1) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 2) ค้นหาปัญหาต่างๆ 3) ระดมทางเลือกต่างๆร่วมกัน 4) สร้างสัมพันธภาพที่ดี 5) หาข้อยุติอันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่าย แต่บุคคลที่เกี่ยวข้องควรทราบในสิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับการเจรจาต่อรอง ว่าผู้ก่อเหตุวิกฤตมักมีใช้อาชญากรมืออาชีพ แต่เป็นบุคคลทั่วไป การใช้กำลังอาจทำให้เกิดความสูญเสียแก่ทรัพย์สินและชีวิตได้ โดยที่การต่อรองเป็นยุทธวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ลดความเสี่ยงและทำให้ปลอดภัย รวมทั้งเป็นทางเลือกต้นๆที่สามารถแก้ไขกรณีผู้ก่อเหตุมีอาวุธที่ร้ายแรง เป็นการสื่อสารการบริหารเหตุการณ์ การเตรียมยุทธวิธี การประสานงานและอื่นๆ เป็นวิธีการบำบัดและป้องกันไม่ให้ผู้ก่อเหตุเลือกวิธีการดังกล่าว และความสำเร็จของการเจรจาต่อรองเกิดจากทุกฝ่าย ความล้มเหลวของการเจรจาต่อรอง “ไม่มี” หากอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง แต่เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ การเจรจาต่อรองทุกครั้ง ต้องจริงจัง รวดเร็ว และมีไหวพริบเป็นศาสตร์และศิลป์ ไม่มีวิธีการปฏิบัติที่ตายตัว ส่วนหลักปรัชญาในการเจรจาต่อรอง ได้แก่ ควบคุมอารมณ์ตนเอง ลดความตึงเครียด เน้นที่กระบวนการเจรจา แทนที่จะเน้นผลการเจรจา (แพ้ชนะ) เน้น Win-Win Situation แต่ด้วยสถานการณ์ทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ความโกรธ ความขุ่นเคือง/คับข้องใจ ความกลัว ความสับสน ความหดหู่ใจ เป็นต้น

กระบวนการเจรจาต่อรอง มีลำดับขั้นที่ควรทราบ คือ 1) ฟังเขาพูด 2) รับทราบสิ่งที่เขาพูด แต่ไม่ได้หมายความว่าเห็นด้วย 3) เห็นพ้องด้วยในจุดที่เป็นไปได้ โดยต้องไม่ยินยอม คือ หากจุดร่วมที่เหมือนกัน 4) สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ร่วมมือเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 5) อย่าเถียงหรือโต้ตอบ สำหรับวิธีการเจรจาต่อรองกระทำโดยให้ผู้ก่อเหตุได้ชี้แจง การฟัง เป็นทักษะที่สำคัญและใช้ได้ดีที่สุด ให้เกียรติ และแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และประการสำคัญในการเจรจาต่อรอง คือลักษณะของผู้เจรจา มีความรู้เรื่องของจิตวิทยาปกติหรือจิตเวชศาสตร์ ต้องมีทักษะในการสื่อสาร สื่อความหมาย มีทักษะในการพูด ใช้ภาษา มีความรู้พื้นฐานในการให้คำปรึกษา มีทักษะในการฟังอย่างตั้งใจ และผ่านการทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งผู้เจรจาต่อรองที่ถูกต้องตามกฎหมาย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่กฎหมายกำหนด บุคคลที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเชิญร่วมเป็นทีมเนื่องจากมีความรู้ความสามารถ บุคคลที่ 3 ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ เช่น ญาติ หัวหน้า เพื่อน หรือผู้ที่ทำงานด้านสื่อสารมวลชน

หัวข้อ การสื่อสารทางบวก (วิทยากร ผศ.พัชรารวรรณ แก้วกันทะ ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่)

วิทยากรมีประเด็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 ประเด็น คือ ทำความรู้จักการสื่อสารเชิงบวก และหลักการและฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช โดยประเด็นเหล่านี้มีการศึกษาตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมีแนวทางการปฏิบัติบนพื้นฐานของการสร้างเสริมอารมณ์ทางบวกให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง มองโลกในแง่ดี มองเห็นจุดแข็งภายในตนในการดูแลสุขภาพ มีเป้าหมายในการสร้างความสุขอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและลดอาการของโรคได้ การสื่อสารทางบวกตามมนได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎี Well-being Theory มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการที่นำมาวัดเรื่องของสุขภาพ หรือที่รู้จักกันในชื่อ PERMA Model ประกอบไปด้วย

1. **Positive emotion** : การที่บุคคลมีภาวะอารมณ์ทางบวกอยู่ในภาวะอารมณ์ที่เป็นผลดีต่อตนเองและผู้อื่น เช่น มีความหวัง มีกำลังใจ มองโลกในแง่ดี เกิดความภูมิใจในตนเอง
2. **Engagement**: การที่บุคคลมีความผูกพันอยู่กับสิ่งที่ลงมือทำทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เป็นที่รัก ได้รับการยอมรับ ซึ่งทำให้มีความสุข เพราะได้เห็นคุณค่าของตนเองจากการทำสิ่งต่าง ๆ และเกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น
3. **Positive Relationship**: การที่บุคคลมีความสัมพันธ์ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง
4. **Meaning of life**: การที่บุคคลสามารถให้ความหมายกับสิ่งที่ตนเองเป็นสิ่งที่ตนเองลงมือทำการมองเห็นความหมายที่ยิ่งใหญ่กว่าแค่สิ่งที่จับต้องได้
5. **Achievement**: การลงมือทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จที่ได้วางแผนไว้ เมื่อบุคคลมีระดับของ PERMAเพิ่มสูงขึ้น จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้

สำหรับประเด็นการสื่อสารเชิงบวก (positive communication) การสื่อสารเชิงบวก คือ รูปแบบการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ เพื่อสร้างความรู้สึกที่ดี สร้างความสัมพันธ์ที่ดี พัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดความขัดแย้ง สร้างความเข้าใจ และโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สัมพันธภาพ ทักษะที่ดี การยอมรับและเข้าใจ มีเวลาคุณภาพ สนใจและ เอาใจใส่ รวมทั้งสื่อสารด้วยอารมณ์ที่สงบ 2) การฟัง ทำได้โดย ฟังอย่างเข้าใจและใส่ใจ การจับอารมณ์ การจับสะท้อนความรู้สึก การฟังอย่างเข้าใจและใส่ใจ (Empathic Listening) เป็นการฟังที่ผสมผสานทักษะการฟังเชิงรุก (Active Listening) การสะท้อนความรู้สึก เทคนิคการใช้คำถาม และทักษะการเข้าใจความคิดและอารมณ์ของอีกฝ่าย ผู้ฟังจะต้องแสดงถึงความเอาใจใส่และเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง เมื่อผู้พูดแสดงความเห็นหรือความรู้สึก อาจใช้หลักการฟังอย่างเข้าใจและใส่ใจที่เรียกว่า "LADDER"

วิทยากรมีสถานการณ์ให้พิจารณาว่าสถานการณ์ให้ผู้เข้าอบรมพิจารณาว่า ถ้าเราอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เราจะรู้สึกอย่างไร

สถานการณ์ที่ 1 เราถูกเจ้านายบ่น/ด่า โดยไม่ฟังเหตุผล

สถานการณ์ที่ 2 เราเพิ่งจับได้ว่าแฟนเราไปแอบคบกับคนอื่นด้วย

จากสถานการณ์ให้พิจารณาร่างกายของเรามีปฏิกิริยาอย่างไรบ้าง เรื่องไหนกระทบกับอารมณ์เรามากที่สุด สิ่งแรกที่เราจะทำคืออะไร และคำถามคิดว่าสิ่งที่เราทำจะส่งผลอย่างไรบ้าง

3) การใช้ภาษาและการพูด สามารถทำได้โดยการถาม การชม ภาษากาย และการพูด โดยเฉพาะการใช้คำถามปลายเปิด ถามความคิด ความรู้สึก ความต้องการ และการชม ควรชมทันทีหรือขณะที่ทำพฤติกรรมที่ดี ชมเฉพาะเวลาที่ทำได้เท่านั้น และชมส่วนดีให้มากที่สุด ชมและให้ความสำคัญทั้ง ความพยายามและความสำเร็จ ที่ผู้ช่วยทำ บอกความรู้สึกของคุณ และระบุพฤติกรรมที่ผู้ช่วยทำ สบตา หรือสัมผัสตัวขณะชม ใช้ภาษากาย สีหน้า ท่าทาง เช่น สบตา ยิ้ม ผงกหัว ชูนิ้วโป้ง จับมือ ชมด้วยการเขียน(บางครั้ง) ไม่มีคำตำหนิ ประชดประชัน คำวิจารณ์อยู่ในคำชม มีความจริงใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในพฤติกรรมดีๆที่ผู้ช่วยทำนั่นเอง

ประโยชน์ที่ได้รับ

สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการประชุมวิชาการสู่การนิเทศนักศึกษาทุกชั้นปี ในการประชุมหรือให้ความรู้ในทุกมิติของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเป็นการพัฒนาศักยภาพตนเองในด้านสอน

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
1. การนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในสอนในชั้นเรียนทั้งรายวิชาทฤษฎี และรายวิชาฝึกปฏิบัติ
2. การพัฒนาโครงการวิจัยของตนเอง สามารถนำไปต่อยอดผลงานทางวิชาการของตนเองในตัวแปรด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

เอกสารที่แนบมาด้วย

- 1) หนังสืออนุมัติคำสมัครประชุมวิชาการ

ทศ
[Signature]

[Signature]

(ผศ.พัชรพรรณ แก้วทับทะ)

ผู้รายงาน..... พนิดา ชัยวัง

(อาจารย์พนิดา ชัยวัง)

วันที่...18.ก.พ.2568

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ชวินัดิณี [Signature]

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ฝ่ายบริหาร

ฝ่ายวิชาการ

ฝ่ายกิจการนักศึกษา

ลงชื่อ วิภาณี คุ้ม
(ศส.ดร.วิภาณี คุ้ม)

๕ / ๙ / ๖๘

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ลงชื่อ วิภาณี คุ้ม (ศส.ดร.)
(ศส.ดร.วิภาณี คุ้ม)

๕ / ๙ / ๖๘

เรียน อธิการบดี

เพื่อโปรดพิจารณา

เรียน อธิการบดี

มีที่น

๒๗ / ๒ / ๖๘



Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 1455-1460/2567

1 ข้อความ

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

6 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 08:53

เอกสารแนบ 6 ฉบับ

-  1458(11)แบบคำขอไปร่วมประชุมอ.พนิดา.pdf
2091K
-  1456(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม อ.พรปรีดิ์.pdf
1952K
-  1457(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม อ.กัญจรา.pdf
2128K
-  1455(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม อ.สาริตรี.pdf
2001K
-  1459(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม อ.ปาริชาติ.pdf
2158K
-  1460(18)ใบอนุญาตเบิกงบประมาณโครงการสานสัมพันธ์พี่น้องคณะพยาบาลศาสตร์ 2567.pdf
2578K

ไปหัว อ. พสค

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ไคร์ศรี
รักษาการรองคณบดีฝ่ายบริหาร

พช.๑๕ร. ๕๑๐/๒๕๖๗

3 ก.พ. 68



วิทยาลัยเชียงราย

แบบคำขอไปร่วมประชุม สัมมนา อบรม

ภาคเรียนที่ ...2... ปีการศึกษา...2567.....

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 14๐๕ (๑๑) / ๒๕๖๗
3 ก.พ. 2568 เวลา 14.๐๐
ผู้รับ *อนันต์*

วันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

ข้าพเจ้า.....อาจารย์พนิดา ชัยวัง..... ตำแหน่ง.....อาจารย์ประจำ.....

สังกัด คณะ/สำนัก.....คณะพยาบาลศาสตร์..... สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....

มีความประสงค์จะขอไปร่วมกิจกรรม ดังนี้

- การสัมมนา การฝึกอบรม การประชุมเชิงวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ อื่นๆ.....

เรื่อง...บทบาทพยาบาลกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์.....

จัดโดย.....ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย.....

วันที่.....10-11 กุมภาพันธ์ 2568..... เวลา.....8.00-16.30 น..... สถานที่.....รูปแบบ Online ผ่าน Zoom.....

วัตถุประสงค์.....เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์.....

สิ่งที่คาดว่าจะได้รับ.....ประยุกต์ใช้ความรู้แนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในด้านการสอน.....

การขอร่วมประชุม สัมมนา อบรม ครั้งนี้ของข้าพเจ้าเป็นครั้งที่..... ในปีการศึกษา..... 2567..... โดย

- เป็นความประสงค์ของข้าพเจ้าเอง ได้รับมอบหมายจากวิทยาลัย
- อื่นๆ (ระบุ)..... (ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายนี้)

วงเงินค่าใช้จ่าย ค่าลงทะเบียน ไม่เสียค่าลงทะเบียน เสียค่าลงทะเบียน จำนวน.....800.....บาท

1 วัน อบรม การเดินทาง ขอใช้พาหนะของวิทยาลัย กรณีไม่มีพาหนะ ขอเบิกค่าใช้จ่าย

1 วัน อบรม ค่ารถไปกลับ จำนวน.....บาท

1 วัน อบรม ค่ารถ TAXI ไปกลับ จำนวน.....บาท

1 วัน อบรม ค่าที่พัก ตามเกณฑ์ของวิทยาลัย จำนวน.....บาท

1 วัน อบรม ค่าเบี้ยเลี้ยง ตามเกณฑ์ของวิทยาลัย จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....800.....บาท

ลงชื่อ *พนิดา ชัยวัง* ผู้ขอ

(อาจารย์พนิดา ชัยวัง)

การพิจารณา

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มวิชา <i>เป็นตรงตัวจริง</i> ลงชื่อ <i>อนันต์</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชราวรรณ แก้วกันทะ)	ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ <i>เห็นสมควร</i> ลงชื่อ <i>วิภาดา ชัยวัง</i> (รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ)
ความเห็นคณบดี <i>เห็นสมควร</i> ลงชื่อ <i>อนันต์</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง)	อธิการบดี <input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ <i>อนันต์</i> (คทพ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมรินทร์ จันทร์เจริญ) วันที่ 5 ก.พ. 2568 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



วิทยาลัยเชียงราย Chiangrai College

เลขที่ 199 หมู่ที่ 6 ถนน เล่นท่า-ดงมะคะ ตำบล ป่าล้อมดอนชัย อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย 57000
โทรศัพท์ 053-170-331-3 เว็บไซต์ <http://www.crc.ac.th> อีเมล cre@crc.ac.th

ที่ วชร. ๓๓๖ / ๒๕๖๗

๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการอบรมฟื้นฟูความรู้วิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ ผู้อำนวยการสถาบัน/ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล/ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/ ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษา/ นายกเทศมนตรีเทศบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- | | | |
|------------------|---------------------------------|--------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการประชุมวิชาการ | ๑ ฉบับ |
| | ๒. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ | ๑ ฉบับ |

ด้วย ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning Center : LLC) คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จัดการอบรมฟื้นฟูความรู้วิชาการหัวข้อ เรื่อง "บทบาทพยาบาลกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์" ในวันที่ ๓๐-๓๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๓๐ น. ในรูปแบบ Online ผ่านระบบ Zoom เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในแนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นปัญหาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ให้กับ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งบุคคลทั่วไปที่สนใจ พยาบาลที่เข้าร่วมการอบรมจะได้รับหน่วยกิตแนบการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU)

ในการนี้ ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต : LLC คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสังกัดของท่านเข้าร่วมการอบรมในครั้งนี้ และสามารถลงทะเบียนได้ที่ link : <https://forms.gle/qkPdsQZR4suwwRmM4> ค่าลงทะเบียน ๘๐๐ บาท โดยชำระเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่บัญชี ๕๓๙-๐-๗๔๙๘๐-๔ ภายในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน จักเป็นพระคุณยิ่ง



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชากร จันทร์เจริญ
อธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
คุณณิชากร จันทร์เจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
โทรศัพท์ ๐๕๓-๑๗๐๓๓๑-๓ ต่อ ๓๓๖, ๐๕๓-๑๗๐๓๓๑๖
Email LLC@crc.ac.th



ลงทะเบียน



รายละเอียดการอบรม



ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต | Lifelong Learning Center
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล

เปิดรับสมัครบุคคลเข้าร่วม โครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการ "บทบาทพยาบาลกับการจัดการ ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์"

พยาบาลวิชาชีพ ทางการพยาบาล | บุคลากรทางการพยาบาล: ศึกษารณสุข
ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | บุคคลทั่วไปที่สนใจ

10 - 11 กุมภาพันธ์ 2568

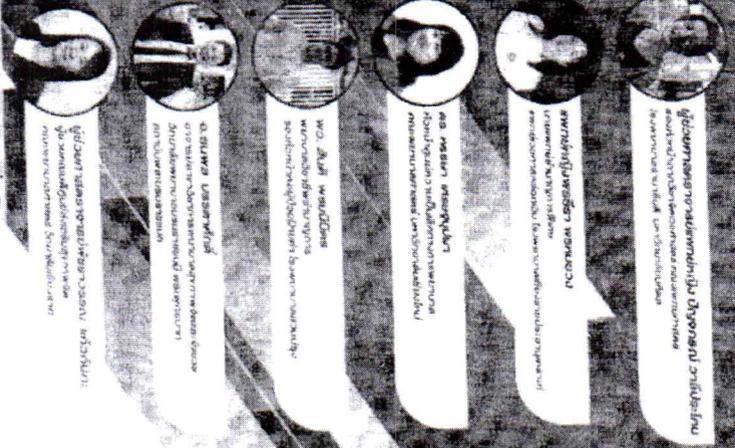
อัตราค่าลงทะเบียน 800 บาท

รูปแบบออนไลน์ (zoom)

CNEU อยู่ระหว่างดำเนินการ



ระยะเวลาลงทะเบียน
ตั้งแต่บัดนี้ - 8 กุมภาพันธ์ 2568
หรือจนกระทั่งจำนวนผู้สมัครเต็มจำนวน



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พญ.กัญญา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

พญ.กัญญา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ดร. อรุณดา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

พ.ญ. อรุณดา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ดร. อรุณดา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ดร. อรุณดา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ดร. อรุณดา ธีระกานต์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยชัยมงคล
และผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต

ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต
ติดต่อสอบถาม โทร. 086-1724826
089-8346997
E-mail: cneu@scs.ac.th
Website: www.cneu.ac.th

แบบฟอร์มการตรวจสอบสิทธิการยื่นคำร้องขออบรม/ประชุมวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ชื่อ-นามสกุล.....อาจารย์พนิดา ชัยวัง..... กลุ่มวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....
ขออนุมัติงบประมาณจำนวน.....800.....บาท

รายละเอียดการใช้งบประมาณสนับสนุน

วิทยาลัย 6,000 บาท/ท่าน/ปีการศึกษา

ปีการศึกษา.....๒๕๖๖.....งบประมาณที่ใช้แล้ว.....บาท คงเหลือ.....บาท

เอกสารการอบรม/ประชุมวิชาการครั้งล่าสุด

ส่งสรุปรายงานการอบรม/ประชุมวิชาการครั้งล่าสุดเรียบร้อยแล้ว

ยังไม่ได้ส่งเอกสารสรุปการอบรมประชุมวิชาการ วันที่.....

เรื่อง.....

ผลตรวจสอบสิทธิ

ผ่าน

ไม่ผ่าน เหตุผล

ค้างสรุปรายงานการอบรม/ประชุมวิชาการ

งบประมาณ.....

หมายเหตุ.....

ผู้ตรวจสอบ.....*สมิทธิ์ อมร*.....

(.....อ.พว.สิริกภ พ่างเพ็ญ.....)

คณะกรรมการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์