

รายงานการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice)

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
แผนกผู้ป่วยนอก (จิตเวช) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุหทัย ไตสังวาลย์

ปีการศึกษา 2568

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
แผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice)
ปีการศึกษา 2568

ชื่อ – สกุล สุหทัย โตสังวาลย์ เชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า **หน่วยให้บริการ** แผนกผู้ป่วยนอก (จิตเวช) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

หลักการและเหตุผล

ในยุคปัจจุบันที่สังคมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) ได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ทางสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่ามีประชากรมากกว่า 280 ล้านคนกำลังเผชิญกับภาวะนี้ ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงความรู้สึกเศร้าตามปกติ แต่เป็นพยาธิสภาพทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบความคิดและร่างกายอย่างรุนแรง จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ของโรคนี้มีความผันแปรอยู่ในช่วงร้อยละ 5 ถึง 17 โดยมีข้อสังเกตที่น่าสนใจคืออุบัติการณ์ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเกือบสองเท่า ซึ่งอาจสัมพันธ์กับปัจจัยด้านฮอร์โมน บทบาททางสังคม และภาระหน้าที่ที่ทับซ้อน สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าไม่ได้เป็นเพียงประเด็นทางการแพทย์ แต่เป็นประเด็นทางอุบัติการณ์ทางสังคมที่ทำลายระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างมาก รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาลำดับต้นๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไขในทุกกระดับ ตั้งแต่ระบบปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ สภาการพยาบาลในฐานะองค์กรวิชาชีพได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับสมรรถนะของพยาบาลจิตเวช จึงได้ส่งเสริมแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice) เพื่อนำองค์ความรู้จากงานวิจัยและทฤษฎีการพยาบาลขั้นสูงมาสู่การปฏิบัติจริงในคลินิก เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดช่องว่างระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยในชุมชนและสถานพยาบาลได้รับการดูแลที่แม่นยำและมีประสิทธิภาพสูงสุด

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตและมีความเสี่ยงเป็นลำดับที่ 4 ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคที่มีอาการแสดงของความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นหลัก โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือหดหู่ ขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ มีอารมณ์ที่หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีสมาธิ เคลื่อนไหวช้าลง รู้สึกไม่มีคุณค่าและตำหนิตนเองมากผิดปกติ

และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง และการจบชีวิตของตนเองด้วยการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งการมีแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบของโรคซึมเศร้านั้นมีความซับซ้อนและแผ่ขยายเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของผู้ป่วย ปัญหาที่พยาบาลจิตเวชมักพบคือ "ช่องว่างของการฟื้นฟู" แม้ผู้ป่วยบางรายจะหายจากอาการทางคลินิก (Symptom Remission) แต่ความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมยังไม่สมบูรณ์ อาการหลักอย่างการสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ (Anhedonia) ส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลกับปัญหาสุขภาพกาย เช่น ภาวะอ้วนจากการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ภาวะหัวใจและหลอดเลือดจากการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มสูงขึ้น ในมิติเชิงเศรษฐกิจและสังคม ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้ามีทั้งต้นทุนทางตรงที่เป็นค่ารักษาพยาบาล และต้นทุนทางอ้อมที่มหาศาลจากการสูญเสียรายได้และการขาดงาน (Absenteeism) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่น่ากังวลที่สุดคือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นด่านหน้าเพื่อประเมินสัญญาณเตือนและลดตราบาป (Stigma) ในสังคม เนื่องจากทัศนคติเชิงลบต่อโรคทางจิตเวชมักทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า การทำความเข้าใจผลกระทบที่ครอบคลุมทุกมิติจึงเป็นหัวใจสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาหรือรับบริการเกิดความเข้าใจในตนเอง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนคงความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคมและทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติสุข หลักการให้คำปรึกษานำเน้นการปรับพฤติกรรมและความคิดต่อโรคซึมเศร้า (สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาความคิดเชิงลบ ทำความเข้าใจเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ปรับความคิดและพฤติกรรม) โดยมีวิธีการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสัมพันธภาพและตกลงบริการ ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 5 การยุติการบริการ ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ

สาเหตุแห่งปัญหาโดยใช้ศักยภาพและตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้เหมาะสม และยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

เป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมและความคิดต่อโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอยู่กับโรคที่เป็นและสามารถควบคุมโรคได้
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของได้
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าใจตัวเองมากขึ้น (self-awareness) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสาเหตุที่คิด รู้สึก หรือ การรู้ตัวช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาและปรับปรุงตัวเองในทางที่ดีขึ้น จัดการอารมณ์ของตัวผู้ป่วยเองได้ดีขึ้น และตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (stress management) การรู้เท่าทันความคิดและความรู้สึกรวมถึงวิธีในการจัดการความเครียดและทางเลือกในการตอบสนองที่ดีขึ้น ช่วยให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นโดยรวม เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเรื่องราวต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ดีขึ้น
5. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการเรียนรู้เทคนิคการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา ตารางการปฏิบัติงาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 – เดือนเมษายน พ.ศ.2569 เวลา 8.00-16.00 น.

บันทึกผลการทำ Faculty Practice รายบุคคล

ปีการศึกษา 2568

ชื่อ – สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ ความเชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หน่วยให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก (จิตเวช) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เป้าหมาย พัฒนาความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เวลานำความเชี่ยวชาญไปให้บริการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 – เดือนเมษายน พ.ศ.2569 เวลา 8.00-16.00 น.

การให้บริการตามความเชี่ยวชาญ วันที่ /เวลา	วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลจากการให้บริการ
วันที่ 4 11 18 และ 25 สิงหาคม 2568 วันที่ 1 และ 8 กันยายน 2568 วันที่ 9 10 16 17 และ 18 มีนาคม 2569 วันที่ 1 เมษายน 2569 เวลา 8.00-16.00 น. (รวม 12 วัน จำนวน 84 ชั่วโมง)	— เพื่อให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง — เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและสามารถวางแผนในการแก้ปัญหาของตนเองได้	กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ (Structuring and Rapport Building) การเริ่มต้นความสัมพันธ์ในการบำบัดเป็นรากฐานสำคัญที่สุด พยาบาลจิตเวชต้องสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ (Trust) เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะสิ้นหวังกล้าเปิดใจ <ul style="list-style-type: none"> • การสร้างสัมพันธภาพ: ใช้ทักษะการสื่อสารที่แสดงความใส่ใจ (Attending Behavior) การสบตาที่พอเหมาะ และท่าทีที่ยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความพร้อมจะรับฟัง • การตกลงบริการ (Contracting): ชี้แจงบทบาทของพยาบาลในฐานะ "ผู้อำนวยความสะดวก" ไม่ใช่ผู้สั่งการ กำหนดระยะเวลาในการให้คำปรึกษา (เช่น 30-45 นาทีต่อครั้ง) และข้อตกลงเรื่องการรักษาความลับ (Confidentiality) เพื่อสร้างขอบเขตที่ปลอดภัย (Boundaries) ในการเยียวยาจิตใจ ขั้นตอนที่ 2: การสำรวจปัญหาและการค้นหาความคิดเชิงลบ (Problem Exploration & Identifying Negative Thoughts)	ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 12 ราย หลังจากให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจำนวน 9 รายไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และ ผู้ป่วยจำนวน 3 รายมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ วันที่ /เวลา	วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลจากการให้บริการ
		<p>ในขั้นนี้พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสำรวจสถานะปัจจุบัน โดยเน้นการเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึก</p> <ul style="list-style-type: none"> • การสำรวจสถานการณ์: กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อดึงข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางกาย อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป • การค้นหาความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts): พยาบาลช่วยผู้ป่วยจับความคิดที่แวบเข้ามาในหัวขณะที่รู้สึกเศร้าหรือดิ่ง เช่น "ฉันมันไร้ค่า" หรือ "ไม่มีอะไรจะดีขึ้น" ซึ่งความคิดเหล่านี้มักเป็นความบิดเบือนทางความคิด (Cognitive Distortions) ที่ต่อยาวงจรของโรคซึมเศร้า ให้ผู้ป่วยเห็นว่า "ความคิดไม่ใช่ความจริงเสมอไป" <p>ขั้นตอนที่ 3: การทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการ (Case Formulation & Needs Assessment) เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อหาความเชื่อมโยงของ "วงจรสามเหลี่ยม" (Thoughts-Emotions-Behaviors)</p> <ul style="list-style-type: none"> • การทำความเข้าใจความสัมพันธ์: พยาบาลช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าความคิดเชิงลบนำไปสู่ความรู้สึกเศร้าอย่างไร และความรู้สึกเศร้านำไปเกิดพฤติกรรมแยกตัว (Withdrawal) อย่างไร จนกลายเป็นวงเวียนกำเริบที่ทำให้โรคไม่หายขาด • การระบุสาเหตุและความต้องการ: สำรวจปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ หรือความสูญเสีย และระบุความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เช่น ต้องการกลับไปทำงานได้ หรือต้องการนอนหลับโดยไม่ต้องพึ่งยา เพื่อใช้เป็นเป้าหมายหลักในการบำบัด <p>ขั้นตอนที่ 4: การวางแผนแก้ไขปัญหาและการปรับความคิดพฤติกรรม (Intervention & Behavioral Activation)</p>	

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ วันที่ /เวลา	วัตถุประสงค์	การปฏิบัติการพยาบาล	ผลจากการให้บริการ
		<p>ขั้นตอนนี้คือหัวใจของการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมและการท้าทายความคิด</p> <ul style="list-style-type: none"> • การปรับพฤติกรรม (Behavioral Activation): วางแผนกิจกรรมเล็กๆ ที่ผู้ป่วยทำสำเร็จได้ง่าย (Small Wins) เพื่อเพิ่มระดับโดพามีนและลดการเก็บตัว เช่น การลุกมาอาบน้ำตอนเช้า หรือการเดินรอบบ้าน 10 นาที • การปรับความคิด (Cognitive Restructuring): สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิค "การหาหลักฐานมาโต้แย้ง" (Evidence Checking) โดยให้ลองคิดหาเหตุผลอื่นที่นอกจากความล้มเหลว เพื่อสร้างความคิดทางเลือก (Alternative Thoughts) ที่มีความสมดุลและเป็นบวกมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางออกของปัญหาในมุมมองใหม่ <p>ขั้นตอนที่ 5: การสรุปและยุติการบริการ (Termination and Relapse Prevention)</p> <p>การจบกระบวนการให้คำปรึกษาต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การสรุปทบทวน: ทบทวนความก้าวหน้าและทักษะที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ (Self-Management Skills) ชื่นชมในความพยายามและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) • การวางแผนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ: ร่วมกันระบุสัญญาณเตือน (Warning Signs) หากอาการซึมเศร้าเริ่มกลับมา และจัดเตรียมแผนรับมือ (Coping Plan) ว่าผู้ป่วยจะใช้ทักษะใดหรือติดต่อใคร การยุติการบริการในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าเขาสามารถดูแลจิตใจของตนเองได้ แม้จะไม่มีพยาบาลอยู่เคียงข้างแล้ว 	

การจัดการผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์

เป็นกระบวนการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่เข้าไปปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ป่วย โดยได้กำหนดขั้นตอนไว้ทั้งหมด 6 กระบวนการ ดังนี้ 1. กำหนดเป้าหมาย 2. วางแผนการปฏิบัติ 3. เก็บข้อมูลผลลัพธ์ 4. ประเมินผล 5. ปรับปรุงพัฒนา 6. เผยแพร่/สร้างองค์ความรู้ โดยมีการติดตามผลลัพธ์อยู่ 3 ประเด็น

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ตัวชี้วัด (Indicators)	วิธีเก็บข้อมูล	เกณฑ์ความสำเร็จ
อาการซึมเศร้าลดลง	คะแนนแบบประเมิน PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)	ทำการประเมินก่อนเริ่มและหลังการให้คำปรึกษา	คะแนน PHQ-9 ลดลง คะแนนจากครั้งแรก หรือ ระดับคะแนนโรคซึมเศร้าลดลงจากเดิม
ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น	ประเมินการเผชิญปัญหา	สอบถามผู้ป่วย	ผู้ป่วยบอกการใช้วิธีเผชิญปัญหาเชิงสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น และสามารถบอกแผนการในการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้
การปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้น	การมาตามนัด / การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	ตรวจสอบบันทึกเวชระเบียน หรือ ซักถามผู้ป่วย	ผู้ป่วยมาตามนัด $\geq 80\%$ ของจำนวนครั้งที่กำหนด

ข้อมูลของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ-นามสมมุติ	การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	คะแนน 9Q (ก่อน)	คะแนน 9Q (หลัง)
1	นางสาวมณี (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	9	4
2	นางสมศรี (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	11	5

ลำดับ	ชื่อ-นามสมมุติ	การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	คะแนน 9Q (ก่อน)	คะแนน 9Q (หลัง)
3	นางสาววิภา (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	8	3
4	นางรัตดา (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	12	6
5	นางสาวนภา (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	10	8
6	นางกมล (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	7	2
7	นางสาวศิริพร (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	10	4
8	นางวารากรณ์ (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	9	3
9	นางสาวกาญจนา (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	11	7
10	นางสุภาวดี (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	8	2

ลำดับ	ชื่อ-นามสมมุติ	การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	คะแนน 9Q (ก่อน)	คะแนน 9Q (หลัง)
11	นางสาวพิมพ์ชนก (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	12	7
12	นางบุญเรือง (สมมุติ)	Major Depressive Disorder	7	3

การใช้ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน/การบริการวิชาการ/วิจัย

พัฒนาการเรียนการสอน โดยการนำกรณีตัวอย่างจริงจากการปฏิบัติ (Case Study) มาใช้ประกอบการสอน ปรับเนื้อหาวิชาให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และแนวโน้มการพยาบาลปัจจุบัน และสอดแทรกการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด (Reflective Practice) เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจบริบทการพยาบาลที่แท้จริง รวมถึงนำประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยด้วย

ทบทวนการดำเนินงาน (ทบทวนแผน ทบทวนการจัดการผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล ทบทวนการใช้ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน/การบริการวิชาการ/วิจัย) และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (faculty practice)

การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายเดิม จะทำให้ทราบถึงพัฒนาการของโรค และผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นควรวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายเดิมอย่างต่อเนื่อง

สรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้บริการตามความเชี่ยวชาญและแนวทางการพัฒนา และแสดงรวมชั่วโมงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ 84 ชั่วโมง

1. พัฒนาแนวทางในการทำวิจัยและสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. พัฒนาแนวทางการจัดการเรียนการสอน โดยการปรับปรุงเนื้อหาการสอนให้สอดคล้องกับประเด็นปัจจุบัน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
3. พัฒนาแนวทางในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

.....
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์
 อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์)
 หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

ภาคผนวก

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พยายามทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศวาระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
> 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q \geq 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q