

แบบบันทึกผลการทำ Faculty Practice รายบุคคล ( Individual Development Plan )

ของ อาจารย์วิษริพร อ่อนสอด

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
<p>ชื่อ-สกุล อาจารย์วิษริพร อ่อนสอด</p> <p>การปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>การให้การปรึกษารายบุคคล</p> <p>เพื่อส่งเสริมการป้องกันและ</p> <p>การลดภาวะซึมเศร้าของ</p> <p>ผู้ป่วยโรคจิตเภท/ที่มีปัญหา</p> <p>ทางจิต</p> <p>ระหว่างวันที่ 2- 15 มีนาคม</p> <p>พ.ศ. 2569 เวลา 09.00-</p> <p>15.00 น.</p>	<p>1. เพื่อลดความรุนแรงของภาวะ</p> <p>ซึมเศร้าและจัดการกับความคิด</p> <p>อยากฆ่าตัวตาย (Suicidal</p> <p>ideation): มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย</p> <p>สามารถระบายความรู้สึกเชิงลบ</p> <p>ความรู้สึกไร้ค่า และความคิดอยาก</p> <p>ฆ่าตัวตายที่ซ่อนเร้น (Suicide 4</p> <p>ครั้ง/วัน) ออกมาผ่านสัมพันธภาพ</p> <p>เพื่อการบำบัด เพื่อป้องกัน</p> <p>อันตรายจากการพยายามทำร้าย</p> <p>ตนเองซ้ำ</p> <p>2. เพื่อส่งเสริมการยอมรับความ</p> <p>เจ็บป่วยและสร้างความร่วมมือใน</p> <p>การรักษา (Medication</p> <p>Adherence): ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด</p> <p>ความตระหนักรู้ในโรค (Insight)</p> <p>และเข้าใจความสำคัญของการ</p> <p>รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อ</p> <p>ลดการกลับมาเป็นซ้ำของอาการ</p> <p>ทางจิต (Relapse)</p> <p>3. เพื่อพัฒนาทักษะการเผชิญ</p> <p>ความเครียดและการปรับตัวใน</p> <p>ครอบครัว (Coping Skills &amp;</p> <p>Family Adaptation): ช่วยให้</p> <p>ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียด</p> <p>จากความขัดแย้งกับบุคคลใน</p> <p>ครอบครัว (เช่น อา และแม่สามี)</p> <p>เพื่อลดความรู้สึกดิ่งและแก้ไข</p> <p>พฤติกรรมการใช้การทำร้ายตัวเอง</p> <p>เป็นข้ออ้างเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับ</p> <p>บ้าน</p>	<p>1.การเตรียมความพร้อมทางวิชาการ</p> <p>1.1 ทบทวนองค์ความรู้ ทฤษฎี และ</p> <p>งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา</p> <p>การป้องกัน และการลดภาวะซึมเศร้าใน</p> <p>วัยผู้ใหญ่</p> <p>1.2 ศึกษาเครื่องมือคัดกรองภาวะ</p> <p>ซึมเศร้าและแนวทางการประเมินด้าน</p> <p>สุขภาพจิต</p> <p>1.3 คัดเลือกผู้ป่วยในตึกหญิง และศึกษา</p> <p>รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย</p> <p>เป็นโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมี</p> <p>ข้อมูลดังนี้</p> <p><b>ข้อมูลส่วนบุคคล</b></p> <p>ผู้ป่วยเพศ: หญิง อายุ 22 ปี สัญชาติไทย</p> <p>เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่</p> <p>การศึกษา: ปวช. อาชีพ: พนักงาน 7-11</p> <p>รายได้ 9,000 บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน:</p> <p>ต.บ้านไร่ อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี</p> <p>วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล: 3 มีนาคม</p> <p>2569 เข้ารับการรักษาใน รพ. ครั้งนี้เป็น</p> <p>ครั้งแรก</p> <p><b>การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน:</b></p> <p>Schizophrenia with Post-</p> <p>schizophrenic depression (โรคจิต</p> <p>เภทที่มีภาวะซึมเศร้าตามหลังอาการทาง</p> <p>จิตสงบ)</p> <p><b>อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล</b></p> <p><b>(Chief Complaint):</b> เครียด แยกตัว</p> <p>แว่วเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์และสั่งให้</p> <p>ทำร้ายตัวเอง มีอารมณ์เศร้าดิ่ง ไม่อยาก</p> <p>มีชีวิตอยู่ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p><b>ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present</b></p> <p><b>Illness):</b></p> <p>เมื่อ 7 ปีก่อน (อายุ 15 ปี): ผู้ป่วยเริ่ม</p>	<p>1. ด้านอาการและอารมณ์เศร้า</p> <p>ของผู้ป่วย: ผู้ป่วยมีความวิตก</p> <p>กังวลและอารมณ์เศร้าดิ่งลดลง</p> <p>สามารถควบคุมตนเองต่อเสียง</p> <p>แว่วสั่งได้ดีขึ้น สามารถปฏิเสธ</p> <p>อาการแว่วเสียงในเวลากลางวัน</p> <p>ได้ และแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม มี</p> <p>ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้ป่วยและ</p> <p>ให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>อย่างเต็มที่ ความคิดอยากฆ่าตัว</p> <p>ตายลดความถี่และความรุนแรง</p> <p>ลง</p> <p>2. ด้านทักษะการเผชิญปัญหา</p> <p>และความพร้อมในการกลับบ้าน:</p> <p>ผู้ป่วยสามารถระบุวิธีการจัดการ</p> <p>ความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม</p> <p>แทนการทำร้ายตัวเองได้ มีความ</p> <p>เข้าใจและยอมรับความจำเป็น</p> <p>ในการรับประทานยาอย่าง</p> <p>ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ</p> <p>และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ</p> <p>การเผชิญหน้ากับแม่สามีลดลง</p> <p>หลังจากได้รับการฝึกทักษะการ</p> <p>ปรับตัว</p> <p>3. ด้านระบบสนับสนุนทาง</p> <p>สังคม (Social Support):</p> <p>ทีมสหวิชาชีพและนักสังคม</p> <p>สงเคราะห์สามารถเข้าประเมิน</p> <p>สิ่งแวดล้อมที่บ้านได้สอดคล้อง</p> <p>กับปัญหาของผู้ป่วย และแฟน</p> <p>ของผู้ป่วยได้รับความรู้ (Family</p> <p>Psychoeducation) มีความ</p> <p>พร้อมในการทำหน้าที่ดูแลและ</p> <p>ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการ</p>

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>มีอาการทางจิตครั้งแรก โดยมีพฤติกรรม แยกตัว พุดคนเดียว และระแวงว่าคน รอบข้างจะมาทำร้าย มีปากเสียง ทะเลาะกับมารดาอย่างรุนแรง และ พยายามทำร้ายตนเองด้วยการกินน้ำยา สระผม ถูกนำตัวส่งรักษาที่โรงพยาบาล บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ได้รับการรักษา ทางกายและส่งพบจิตแพทย์ ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia) และได้ยากุ่มต้าน อาการทางจิตกลับไปรับประทาน ต่อมา ผู้ป่วยย้ายไปเรียนต่อที่จังหวัดปทุมธานี เนื่องจากมารดาเสียชีวิต และย้ายสิทธิ การรักษาไปยังโรงพยาบาล มศว. ช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา: ผู้ป่วยขาดการ รักษาอย่างต่อเนื่อง แอบหลบเลี่ยงไม่ ยอมรับประทานยาเนื่องจากคิดว่า ตนเองไม่ได้ป่วย (Poor insight) ทำให้ อาการหลงผิดและแว่วเสียงแยะลง ย้าย ไปอยู่ใกล้บ้านบิดาและรักษาที่ โรงพยาบาล CGH แต่ยังมีพฤติกรรม ขาดการติดตามการรักษา ส่งผลให้ อาการทรุดลง มีอาการหลงผิดระแวง เด่นชัด จนกระทั่งย้ายมาอยู่ที่จังหวัด อุทัยธานีกับแฟน ซึ่งแฟนช่วยดูแลจัดยา ให้รับประทานสม่ำเสมอ อาการทางจิต (อาการด้านบวก) จึงเริ่มคงที่และมี แนวโน้มดีขึ้น</p> <p>2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล: ผู้ป่วยมี ปากเสียงกับอาเรื่องการเงิน ทำให้เครียด รุนแรง เริ่มนอนไม่หลับ แยกตัวมากขึ้น (Social withdrawal) และอาการแว่ว เสียงหวนกลับมาเด่นชัด เข้ารักษาแบบ ผู้ป่วยนอก (OPD) ที่โรงพยาบาลบ้านไร่ ได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด แต่อารมณ์ ค่อนข้างเฉยเมย (Blunted affect)</p>	<p>รับประทานยาเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้าน</p>

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล: ผู้ป่วยมี หูแว่วเสียงสั่ง (Commanding hallucination) บอกให้ดื่มน้ำยาพิษพื้นจึง กลืนไป 1 อึก มีอาการคลื่นไส้ปวดท้อง เข้ารักษาที่โรงพยาบาลบ้านไร่ ล้างท้อง จนใส ได้รับยา Metoclopramide 1 amp IM และ Haloperidol 5 mg stat อาการทางจิตสงบลง แพทย์ให้อนุญาต กลับบ้าน</p> <p>3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล: หลัง จากอาการทางจิตเฉียบพลันเริ่มสงบลง ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ แ่ว เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองยังคงมีอยู่ ประปราย เข้ารักษาที่โรงพยาบาลบ้าน ไร่ ประเมินสภาพจิตพบภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มทำร้ายตัวเองระดับรุนแรง (BPRS = 68 คะแนน) จึงส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์</p> <p>1 วันก่อนมาโรงพยาบาล: ผู้ป่วยมีสี หน้าเครียด วิตกกังวล บ่นว่ายังไต่ยีน เสียงวิจารณ์ในหูและสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ตลอดเวลา อารมณ์เศร้าดิ่ง แพทย์จึงรับ ตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล</p> <p><b>อาการแรกรับ:</b> ผู้ป่วยหญิง รูปร่างอวบ สีหน้าเครียด อารมณ์ซึมเศร้า แ่วเสียง สั่งให้ทำร้ายตนเอง พูดคุยสื่อสารสบตา ได้ปกติ ให้ความร่วมมือดี สัญญาณชีพ: BP 140/86 mmHg, PR 119/min (Tachycardia จากความวิตกกังวล), RR 20/min</p> <p><b>สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย:</b> ผู้ป่วยหญิง รูปร่างอวบ แต่งกายสะอาด เรียบร้อยชุดของโรงพยาบาล ถามตอบรู้ เรื่อง แต่พูดเสียงซ้ำและติดขัด (Poverty of speech / Psychomotor retardation) เนื้อหาความคิดอยู่ใน</p>	

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>ความจริง (No active delusion)          ปฏิเสธอาการหูแว่วเสียงและภาพหลอน          ในตอนกลางวัน แสดงสีหน้านิ่งเฉย ไร้          ความรู้สึก (Flat/Blunted Affect ซึ่ง          เป็น Negative symptom ของจิตเภท)          มีพฤติกรรมแยกตัวนอนนิ่งๆ บนเตียง          แต่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามหน้าที่          สังเกตพบว่าผู้ป่วยแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม          เป็นบางครั้งเมื่อคุยกับเพื่อนที่สนิท          ผู้ป่วยยอมรับกับพยาบาลว่ายังมี          ความคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่ แต่ในตึก          ผู้ป่วยในไม่มีอุปกรณ์จึงทำไม่ได้ ผู้ป่วยได้          คุยกับนักจิตวิทยาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ          ซึมเศร้าซ่อนเร้น ยังมีความคิดลบและไม่          อยากมีชีวิตอยู่ (Suicidal ideation 4          ครั้ง/วัน) บ่นว่าอยากไปอยู่กับแม่ที่          เสียชีวิตไปแล้ว ยอมรับว่ามีความรู้สึกดิ่ง          ไม่อยากกลับบ้านเนื่องจากมีความ          ขัดแย้งกับแม่สามี กลัวว่ากลับไปแล้วจะ          กลับไปป่วยซ้ำ มองอนาคตในแง่ลบ          ขณะทำกิจกรรมกลุ่มเลือกสีน่านและ          ลังเล วาดภาพชื่อ "ครอบครัวสุขสันต์"          สะท้อนความสุขในอดีตก่อนครอบครัว          แยกทางกัน กินข้าวได้ นอนหลับได้ แต่          ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีความรู้สึกดิ่งลึกๆ          แพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 13          มีนาคม 2569</p> <p><b>แผนการรักษาด้วยยาในปัจจุบัน (Pharmacotherapy)</b></p> <p>1. Risperidone (Ristab) 2 mg 1          tab oral bid pc (หลังอาหารเช้า -          ก่อนนอน)</p> <p>วัตถุประสงค์: ยาด้านอาการทางจิตกลุ่ม          ใหม่ (Atypical Antipsychotic) เพื่อ          ควบคุมอาการหูแว่วเสียง อาการหลงผิด          และช่วยปรับอารมณ์ซึมเศร้า/อาการ</p>	

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>ด้านลบ (Negative symptoms)</p> <p><b>2. Sertraline 50 mg 3tab oral od pc</b> (หลังอาหารเย็น)</p> <p>วัตถุประสงค์: ยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRI เพื่อรักษาภาวะ Post-schizophrenic depression และลดความคิดอยากฆ่าตัวตาย</p> <p><b>3. Depakine (Sodium Valproate) 200 mg 1tab oral hs</b> (ก่อนนอน)</p> <p>วัตถุประสงค์: ยาปรับอารมณ์ให้คงที่ (Mood stabilizer) เพื่อควบคุมอารมณ์ ดิ่งและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหรือ งอแงจากการปรับตัว</p> <p><b>4. Benzhexol (Trihexyphenidyl) 5 mg ½ tab oral od pc</b> (หลังอาหารเช้า)</p> <p>วัตถุประสงค์: ยาด้านโคลิเนอร์จิก เพื่อป้องกันและรักษาอาการข้างเคียงกลุ่ม Extrapyrarnidal symptoms (EPS) เช่น อาการตัวแข็ง ตัวสั่น ที่อาจเกิดจาก ยา Risperidone หรือ Haloperidol</p> <p><b>5. Diazepam 5 mg 1 tab oral hs</b> (ก่อนนอน)</p> <p>วัตถุประสงค์: ยาสงบประสาท/ช่วยนอนหลับ และลดความวิตกกังวลในเวลา กลางคืน</p> <p><b>6. Haloperidol 5 mg IM prn for agitation q 2-6 hr.</b></p> <p>วัตถุประสงค์: ยาฉีดควบคุมอาการทางจิตเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมีอาการ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว หรือหิวแหว่งสั่ง การรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้</p> <p><b>2. การปฏิบัติ Faculty Practice ใน แหล่งฝึก</b></p> <p>ได้ดำเนินการให้การปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) โดยประยุกต์</p>	

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>ใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวชร่วมกับ ทักษะการปรึกษาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Counseling) แบ่งเป็น ระยะต่างๆ ดังนี้:</p> <p>1. ระยะสร้างสัมพันธภาพและประเมิน ภาวะจิตสังคม (Orientation &amp; Assessment Phase):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าพบผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจ ยอมรับในตัวผู้ป่วยด้วยท่าทีที่อบอุ่นและ สงบ เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้ความรู้สึก (Flat/Blunted Affect) และพูดเสียงซ้ำติดขัด (Poverty of speech)</li> <li>- ประเมินภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้นและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่าง ละเอียด โดยเปิดโอกาสให้ระบาย ความรู้สึกดีและความคิดที่อยากไปอยู่ กับมารดาที่เสียชีวิตไปแล้ว รวมถึง ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการแว่ว เสียงสั่ง (Commanding hallucination) เพื่อเฝ้าระวังความ ปลอดภัยอย่างใกล้ชิด</li> </ul> <p>2. ระยะดำเนินการปรึกษาเพื่อแก้ปัญหา (Working Phase):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitive-Behavioral Techniques (CBT) เบื้องต้น: ชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อ สะท้อนและปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด เชิงลบ ชี้ให้เห็นคุณค่าในตัวเอง โดย เชื่อมโยงกับความสามารถในการทำ กิจกรรมกลุ่ม ความภาคภูมิใจในชิ้นงาน ระบายสี "ครอบครัวสุขสันต์" และ เป้าหมายที่อยากมีชีวิตที่ดีร่วมกับแฟนที่ เป็นผู้ดูแลหลัก</li> <li>- Problem-Solving &amp; Conflict Management: เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย สะท้อนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ ขัดแย้งกับแม่สามี ร่วมกันวิเคราะห์</li> </ul>	

การให้บริการตามความ เชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับ ผู้รับบริการ)
		<p>ปัญหาและฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อลด การปะทะอารมณ์ ควบคู่กับการปรับ ความคิดที่มองโลกแบบขาว-ดำ เพื่อให้ ผู้ป่วยพร้อมรับมือกับสิ่งแวดล้อมนอก โรงพยาบาล แทนการใช้การทำร้าย ตัวเองเป็นทางออกเพื่อยืดเวลาการ จำหน่าย</p> <p>- Psychoeducation &amp; Counseling : ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและภาวะ ซึมเศร้าตามหลังอาการทางจิต อธิบาย วัตถุประสงค์และผลข้างเคียงของยาที่ ได้รับ โดยเฉพาะยาหลักอย่าง Risperidone และ Sertraline เพื่อให้ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการ แอบหลบเลีย่งยาในอดีต มาเป็นความ ร่วมมือในการรับประทานยาอย่าง เคร่งครัด</p> <p>3. ระยะสิ้นสุดการปรึกษาและวางแผน จำหน่าย (Termination &amp; Discharge Planning):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแผนการดำเนินชีวิตและการ จัดการความเครียดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</li> <li>- ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) และทีมสหวิชาชีพใน การเตรียมความพร้อมของญาติ (แฟน) ในการร่วมดูแล จัดหา และติดตามการ รับประทานยาของผู้ป่วยที่บ้านเพื่อ ความต่อเนื่องของการรักษา</li> </ul> <p><b>3. การประเมินและติดตามผล</b></p> <p>3.1 ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้าน อารมณ์ พฤติกรรม และระดับภาวะ ซึมเศร้าของผู้รับบริการ</p> <p>3.2 สะท้อนผลการทำงาน (Reflection) เพื่อพัฒนาตนเองอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p><b>4. การบูรณาการสู่การเรียนการสอน และวิชาการ</b></p>	

การให้บริการตามความเชี่ยวชาญ	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ชัดเจน)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้ป่วย)
		4.1 นำประสบการณ์จาก Faculty Practice มาพัฒนาเนื้อหา กรณีศึกษา หรือกิจกรรมการเรียนรู้ 4.2 ถ่ายทอดความรู้แก่พยาบาลประจำการ นักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	

### บททวนการดำเนินงาน

จากการปฏิบัติการพยาบาลและการให้การปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า (Schizophrenia with Post-schizophrenic depression) รายนี้ มีข้อสะท้อนคิด (Reflection) ที่สำคัญดังนี้:

1. การค้นพบภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้น: แม้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สีหน้านิ่งเฉย ไร้ความรู้สึก (Flat/Blunted Affect) และพูดเสียงซ้ำติดขัด (Poverty of speech) ซึ่งมักทำให้บดบังอาการซึมเศร้า แต่การสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องและการใช้คำถามเชิงลึกร่วมกับผลการประเมินจากนักจิตวิทยา ทำให้สามารถตรวจพบภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้นและความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation 4 ครั้ง/วัน) ได้อย่างทันที่

2. การเชื่อมโยงกิจกรรมบำบัดกับการปรึกษา: การดึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจ เช่น ผลงานภาพวาด "ครอบครัวสุขสันต์" มาเป็นหัวข้อในการชวนคุยปรับความคิดเชิงบวก (Cognitive-Behavioral Technique) ช่วยให้ผู้ป่วยเปิดใจระบายความรู้สึกดีและความผูกพันที่มีต่อมารดาที่เสียชีวิตไปแล้วได้ง่ายขึ้น

#### 3. ข้อจำกัด/อุปสรรคที่พบ (Challenges):

3.1 ความคิดแบบขาว-ดำ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยง: ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive coping) โดยใช้การทำร้ายตัวเองเป็นข้ออ้างเพื่อให้ได้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับแม่สามี และยังมีความคิดแยกแยะแบบขาว/ดำ (Splitting/Dichotomous thinking) ทำให้การปรับมุมมองในระยะเวลาอันสั้น (สัปดาห์ก่อนจำหน่าย) ทำได้ค่อนข้างจำกัด

3.2 ประวัติความไม่สม่ำเสมอในการรับยา: ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรักษาและขาดความตระหนักรู้ในโรค (Poor insight) มาเป็นเวลานานในอดีต แม้ปัจจุบันจะมีแผนช่วยจัดยาให้ แต่ความเสี่ยงในการกลับไปแอบหยุดยาเองเมื่อมีความเครียดกดดันจากครอบครัวยังมีอยู่สูง

### แนวทางการปรับปรุง

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้:

1. ด้านการพัฒนาทักษะการให้การปรึกษา (Counseling Skills Development): ควรนำแนวคิด Dialectical Behavior Therapy (DBT) เข้ามาประยุกต์ใช้เพิ่มเติมในการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะความคิดแบบขาว-ดำ หรืออารมณ์ไม่มั่นคง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการทนทานต่อความทุกข์ใจ (Distress tolerance) และการควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญความเครียดโดยไม่กลับไปทำร้ายตนเอง

2. ด้านการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge Preparation): ควรทำครอบครัวบำบัด/การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) นอกเหนือจากการประสานงานกับสังคมสงเคราะห์ เพื่อตรวจเยี่ยมบ้าน ด้วยการเพิ่มการนัดหมาย "แม่สามี" และแผนมาร่วมรับฟังการให้ปรึกษาพร้อมกัน (Joint Session) เพื่อปรับความเข้าใจ ลดแรงกดดัน (Expressed Emotion: EE) และแก้ไขความขัดแย้งเรื่องการเงินภายในบ้าน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นหลัก (Trigger) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดัง

3. ด้านการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (Continuity of Care): ควรใช้ระบบประสานการดูแล (Case Management) โดยการพัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูล (Referral system) จากโรงพยาบาลจิตเวชไปยังพยาบาลจิตเวชชุมชนที่โรงพยาบาลบ้านไร่ เพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานยา (Adherence) และประเมินความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในเดือนแรกหลังจำหน่าย

# แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี: การให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

(Best Nursing Practice: Individual Counseling for Schizophrenia Patients with Depression)

โดย อาจารย์วัชรินทร์ อ่อนสอด

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

การปฏิบัติการพยาบาลประยุกต์ใช้ทักษะการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วย Psychotic ที่มีภาวะ Depression เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องด้านการคิด (Cognitive deficit) จากโรคจิตเภท และมีความรู้สึกสิ้นหวัง หรือ พลังงานต่ำจากภาวะซึมเศร้า การให้การปรึกษาจึงต้องปรับเปลี่ยนจาก "การปรึกษาทั่วไป" มาเป็น "การปรึกษาเชิงโครงสร้างที่ยืดหยุ่นและเน้นปัจจุบัน (Structured, Flexible & Present-focused Counseling)" ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของแนวทาง "การบำบัดความคิดและพฤติกรรม" หรือที่เรารู้จักกันในชื่อ CBT (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งพัฒนาโดย ดร. แอรอน เบค (Dr. Aaron T. Beck) และต่อมาถูกพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชรุนแรงโดยลูกสาวของเขาคือ ดร. จูดีธ เบค (Dr. Judith S. Beck) นอกจากนี้ ในระยะหลัง (ช่วงปี 2012 เป็นต้นมา) ทางสถาบัน Beck Institute ได้พัฒนาต่อยอด CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ เรียกว่า CT-R (Recovery-Oriented Cognitive Therapy) ซึ่งสะท้อนคำว่า *Structured, Flexible & Present-focused* ได้ชัดเจนที่สุด

แนวคิด Cognitive Behavioral Therapy (CBT) หรือ Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R) ของ Beck, A. T. และ Beck, J. S. เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) รองรับมากที่สุดในการพยาบาลจิตเวชยุคปัจจุบัน

เหตุผลที่แนวคิดนี้ถูกจำกัดความด้วย 3 คำดังกล่าว มีคำอธิบายเชิงจิตวิทยาคลินิกดังนี้:

## 1. Structured (มีโครงสร้างที่ชัดเจน)

ตามทฤษฎีของ Beck การทำจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษาแบบ CBT จะมีโครงสร้างเซสชัน (Session Structure) ที่แน่นอน เช่น การเช็คอารมณ์, การทบทวนการบ้าน, การตั้งวาระร่วมกัน (Agenda Setting), และการสรุปท้ายเซสชัน ซึ่งโครงสร้างที่ชัดเจนนี้จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพราะช่วยลดความสับสนและความหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้

## 2. Flexible (มีความยืดหยุ่น)

แม้จะมีโครงสร้างที่ชัดเจน แต่ ดร. จูดีธ เบค ได้เน้นย้ำเสมอว่า พยาบาลหรือผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความยืดหยุ่นสูงมาก (Flexible) โดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะในบางวันผู้ป่วยอาจ

มีอาการหลงผิด (Delusion) หรือหูแว่ว (Hallucination) รบกวนจนไม่สามารถทำตามโครงสร้างปกติได้ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องปรับเปลี่ยนเทคนิคหน้างานให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของคนไข้ในขณะนั้น

### 3. Present-focused (เน้นปัจจุบัน)

CBT และ CT-R จะไม่เน้นการขุดคุ้ยอดีตในวัยเด็กเหมือนกลุ่มจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) แต่จะมุ่งเน้นไปที่ "สถานการณ์ในปัจจุบัน" ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ตอนนี้ อาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ ณ ขณะนี้ และการจัดการกับความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery) ได้จริง

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีในการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับผู้ป่วย Psychotic ที่มีภาวะ Comorbid Depression หรือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีกระบวนการให้คำปรึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะตามกระบวนการพยาบาลจิตเวช ดังนี้

#### ระยะที่ 1: การประเมินและสร้างพันธมิตรในการบำบัด (Assessment & Trust Building):

**การประเมินความพร้อมก่อนให้การปรึกษา (Crucial Step):** \* ต้องมั่นใจว่าอาการทางจิตเชิงบวก (Positive symptoms) เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด อยู่ในระยะสงบหรือลดความรุนแรงลงแล้วด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ (Attention span) เพียงพอในการสนทนา โดยต้องประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicidal risk) ทุกครั้งก่อนเริ่มเซสชัน

#### ทักษะการพยาบาลที่เลือกใช้:

1) **การสร้างสัมพันธภาพ (Attending & Rapport Building):** ใช้ท่าทีที่สงบ จริงใจ ไม่รีบเร่ง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบและปลอดภัย

2) **การเปิดรับโดยไม่ตัดสิน (Non-judgmental Acceptance):** ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยระบาย แม้บางเรื่องจะปนมากับความคิดหลงผิดเดิม โดยไม่ได้เถียงและไม่เออออตาม

**Best Practice Tip:** กำหนดเวลาคุยที่สั้นแต่สม่ำเสมอ เช่น **ครั้งละ 20-30 นาที** (แทนที่จะเป็น 50 นาที เหมือนคนทั่วไป) เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยล้าหรือเกิดความวิตกกังวลสูง

#### ระยะที่ 2: การสำรวจปัญหาและสะท้อนอารมณ์ (Exploration & Reflection of Feeling):

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีภาวะ "Alexithymia" หรือความยากลำบากในการรับรู้และอธิบายอารมณ์ของตนเอง ทำให้ความเศร้าถูกแสดงออกผ่านการแยกตัว หรืออาการทางกาย

### ทักษะการพยาบาลที่เลือกใช้:

1) การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening): ฟังทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง (หน้าตาเฉยเมย, ร้องไห้เสียบๆ, ถอนหายใจ)

2) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling): ช่วยผู้ป่วยใส่ "ชื่อเรียก" ให้กับอารมณ์ของตนเอง เช่น "อาจารย์สังเกตเห็นคุณนั่งไปตอนพูดถึงเรื่องที่บ้าน คุณกำลังรู้สึกเหงาและสะท้อนใจอยู่ใช่ไหมคะ"

3) การทวนความ (Paraphrasing) และ การจับประเด็น (Clarifying): เนื่องจากความคิดของผู้ป่วยอาจไม่ต่อเนื่อง การทวนความสั้นๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียบเรียงความคิดได้ดีขึ้น

**Best Practice Tip:** หลีกเลี่ยงคำถามปลายเปิดที่กว้างเกินไป เช่น "ช่วงนี้เป็นอย่างไรบ้าง" ให้เปลี่ยนเป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น "ตั้งแต่วันที่ทราบข่าวเรื่องบ้าน คุณรู้สึกอย่างไรในใจบ้างคะ"

### ระยะที่ 3: การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเชิงบวก (Cognitive-Behavioral & Empowerment):

มุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ตนเองหลังการเจ็บป่วย (Post-psychotic depression) ซึ่งผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระ หรือรักษาไม่หาย

### ทักษะการพยาบาลที่เลือกใช้:

1) การปรับความคิด (Cognitive Restructuring - ขั้นต้น): ชวนผู้ป่วยมองหาหลักฐานตามความเป็นจริงเพื่อโต้แย้งความคิดด้านลบอัตโนมัติ โดยไม่ใช้การยึดเยียด

2) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment): ชวนผู้ป่วยทบทวนความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ ในอดีต หรือสิ่งที่ดีที่สุดในปัจจุบัน (เช่น การดูแลความสะอาดตัวเอง, การร่วมกิจกรรมในตึก) เพื่อเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

3) การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation): วางแผนกิจกรรมง่ายๆ ร่วมกันในแต่ละวัน เพื่อลดการแยกตัวนอนซึม

**Best Practice Tip:** เขียนเป้าหมายลงในกระดาษแผ่นเล็กๆ ให้ผู้ป่วยพกติดตัว เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักลืมง่าย การมีสิ่งเตือนใจที่เป็นรูปธรรม (Concrete visual aid) จะช่วยให้ผู้ป่วยทำตามแผนได้สำเร็จมากขึ้น

#### ระยะที่ 4: การวางแผนแก้ไขปัญหาและสรุปผล (Problem-Solving & Termination):

##### ทักษะการพยาบาลที่เลือกใช้:

1) การวางแผนแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Therapy): ฝึกให้ผู้ป่วยคิดแก้ปัญหาทีละเรื่อง โดยซอยปัญหาใหญ่ให้เป็นเรื่องเล็กๆ ที่จัดการได้ทันที เช่น ปัญหาการกินยาต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน หรือการรับมือกับคำพูดของคนในชุมชน

2) การสรุปผล (Summarizing): ทบทวนสิ่งที่ได้คุยกันในแต่ละเซสชัน และให้ผู้ป่วยลองสรุปสั้นๆ ว่าวันนี้ได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับตนเองบ้าง

**Best Practice Tip:** ดึงพยาบาลประจำการ (พยาบาลผู้ร่วมงานในแหล่งฝึก) หรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลช่วงท้าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) หลังจากสิ้นสุดการให้คำปรึกษา

##### สรุปหัวใจสำคัญ (Key Success Factors) สำหรับพยาบาลให้คำปรึกษา

1. **Patience & Low Expressed Emotion (EE):** ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตอบสนองช้า พยาบาลต้องใช้ความอดทน น้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ไม่แสดงท่าทีเร่งรัด หรือกดดัน

2. **Concrete over Abstract:** ใช้คำพูดที่เป็นรูปธรรมชัดเจน หลีกเลี่ยงทฤษฎีหรือค่านามธรรมที่เข้าใจยาก

3. **Hope-instilling:** ทุกเซสชันควรจบด้วยการให้กำลังใจและการชี้ให้เห็นความก้าวหน้าเล็กๆ ของผู้ป่วย เพื่อจุดประกายความหวัง (Hope) ซึ่งเป็นอาวุธสำคัญในการสลายความซึมเศร้า

#### เอกสารอ้างอิง

เกื้อกุล มีลาภ, และ พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบ

กลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 45-62.

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2564). การพยาบาลจิตเวชกับการประยุกต์ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมใน

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 15-32.

วันดี สุทธิรงค์. (2563). การปรึกษาทางการพยาบาลจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในคลินิก. *วารสาร  
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(3), 310-324.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2563). *โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ นพพร ตันติรังสี. (บรรณาธิการ). (2561). *ตำราจิตเวชศาสตร์การพยาบาลและ  
การสาธารณสุข: จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน*. คลังน่านาวิทยา.

Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.

Beck, A. T., Grant, P. M., Inverso, E., Brinen, A. P., & Perivoliotis, D. (2021). *Recovery-oriented  
cognitive therapy for serious mental health conditions*. The Guilford Press.

Bighelli, I., Rodolico, A., Balis, G., Tarricone, I., Couyoumdjian, A., & Barbui, C. (2021).

Psychological interventions for depressive symptoms in schizophrenia: A systematic  
review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00267-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00267-9)

Halder, N., & Mahato, A. (2022). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: Clinical insights  
and nursing implications. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 85-92.

Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depressive symptoms in schizophrenia:  
The link to post-psychotic depression and clinical outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 4(6),  
485-495. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30086-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30086-1)

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive behavior  
therapy: An illustrative guide* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing.