

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรม ประชุม ฝึกงาน ปฏิบัติการวิจัยในประเทศ

วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๔

หัวข้อ “สุขภาพจิตในสถานการณ์ภัยพิบัติ และภาวะวิกฤต และระบบการตอบสนองของประเทศไทย”

วิทยากร ดร.นายแพทย์นพพร ตันติรังสี ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์ภัยพิบัติและภาวะวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ดินถล่ม พายุ หรือไฟป่า ภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ เช่น อุบัติเหตุหมู่ การก่อการร้าย ความรุนแรงในชุมชน และอุบัติเหตุจากสารเคมี ตลอดจนวิกฤตด้านสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อ เหตุการณ์เหล่านี้ไม่เพียงก่อให้เกิดความสูญเสียทางร่างกายและเศรษฐกิจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย ครอบครัว ผู้ปฏิบัติงาน และชุมชนโดยรวม ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตในภาวะภัยพิบัติและวิกฤตจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการสาธารณสุขภัยและระบบบริการสุขภาพ

แม้ว่าคำว่า Crisis (ภาวะวิกฤต) และ Disaster (ภัยพิบัติ) จะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือสังคม แต่ทั้งสองคำมีความหมายและขอบเขตที่แตกต่างกัน อธิบายได้ดังนี้

วิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง สถานการณ์ใดก็ตามที่การกระทำ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคล อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นหรือทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ภาวะวิกฤตด้านสุขภาพจิต (Mental Health Crisis) หมายถึง สถานการณ์ที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่รุนแรงเกินกว่าศักยภาพในการปรับตัวหรือรับมือ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตอย่างชัดเจน บุคคลอาจรู้สึกหมดหวัง สูญเสียการควบคุมตนเอง ตัดสินใจไม่ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ในบางรายอาจมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ในขณะที่ Disaster (ภัยพิบัติ) หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อชีวิต ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม หรือระบบสังคม จนเกินขีดความสามารถของชุมชนหรือประเทศในการรับมือด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก โดยภัยพิบัติแบ่งออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม สึนามิ พายุ ไฟป่า ภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ เช่น อุบัติเหตุหมู่ เหตุเพลิงไหม้ การรั่วไหลของสารเคมี การก่อการร้าย และภัยพิบัติด้านสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อ เป็นต้น

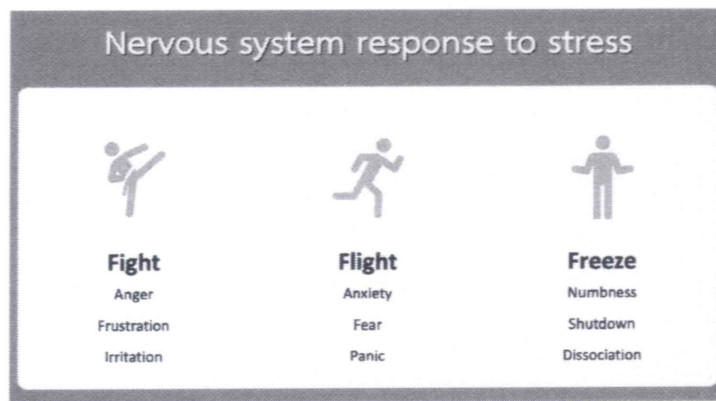
อย่างไรก็ตาม ภัยพิบัติ (Disaster) เป็นเหตุการณ์ (event) ส่วนภาวะวิกฤต (Crisis) เป็นผลกระทบหรือภาวะที่เกิดขึ้น (state or response) หลังจากเหตุการณ์นั้น กล่าวคือ ภัยพิบัติสามารถนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ แต่ภาวะวิกฤตไม่ได้เกิดจากภัยพิบัติเสมอไป ตัวอย่างเช่น การสูญเสียคนในครอบครัว การหย่าร้าง หรือการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง อาจทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตได้ แม้จะไม่ได้เกิดภัยพิบัติก็ตาม

จะเห็นได้ว่า ภาวะวิกฤตสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยไม่จำกัดเพศ วัย หรือสถานะทางสังคม ทั้งนี้ ความรุนแรงของผลกระทบขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เผชิญเหตุ ความรุนแรงของการสูญเสีย ประสบการณ์เดิม ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ที่มีโรคทางจิตเวชเดิม ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ หรือผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเปราะบาง มักเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าประชากรทั่วไป

ผลกระทบของภาวะวิกฤตต่อสุขภาพจิต

ผลกระทบของภาวะวิกฤตต่อสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะแรก ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่มักแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ เช่น ตกใจ หวาดกลัว วิตกกังวล เศร้า เสียใจ โกรธ หรือรู้สึกผิด ซึ่งถือเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติต่อเหตุการณ์ผิดปกติ อย่างไรก็ตาม หากอาการดังกล่าวมีความรุนแรงหรือคงอยู่นาน อาจพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลรักษา

ด้านความคิด ผู้ประสบเหตุอาจเกิดความสับสน สมาธิลดลง คิดวนซ้ำเกี่ยวกับเหตุการณ์ มีความคิดในแง่ลบ รู้สึกสิ้นหวัง หรือโทษตนเอง ในบางรายอาจมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตนเอง ขณะที่ด้านพฤติกรรม อาจพบการแยกตัวจากสังคม หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน นอนไม่หลับ รับประทานอาหารผิดปกติ ประสิทธิภาพในการทำงานหรือการเรียนรู้ลดลง รวมถึงการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารเสพติดเพื่อบรรเทาความเครียด



นอกจากนี้ ความเครียดยังส่งผลกระทบต่อร่างกายผ่านระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดอาการ เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย และภูมิคุ้มกันลดลง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) ภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) หรือภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญหรือรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความตาย การบาดเจ็บรุนแรง หรือการคุกคามต่อชีวิต ทั้งของตนเองหรือผู้อื่น ตัวอย่างเหตุการณ์ เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุรุนแรง สงคราม ความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเหตุการณ์วิกฤตในชุมชน PTSD ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังเหตุการณ์เสมอไป แต่อาจเกิดหลังเหตุการณ์ผ่านไปเป็นสัปดาห์ เดือน หรือแม้กระทั่งหลายปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม โดยอาการสำคัญของ PTSD สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. อาการย้อนรำลึก (Intrusion symptoms) บุคคลที่เผชิญหรือรับรู้เหตุการณ์ฯ จะมีการหวนคิดถึงเหตุการณ์ซ้ำ ๆ เช่น ภาพเหตุการณ์ย้อนกลับ (flashbacks) ฝันร้าย หรือความรู้สึกเหมือนเหตุการณ์กำลังเกิดขึ้นอีกครั้ง ซึ่งมักกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง
2. การหลีกเลี่ยง (Avoidance) บุคคลที่เผชิญหรือรับรู้เหตุการณ์ฯ จะพยายามหลีกเลี่ยงสถานที่ บุคคล ความคิด หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เช่น ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์ หรือหลีกเลี่ยงการกลับไปยังสถานที่เกิดเหตุ
3. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและอารมณ์ (Negative alterations in cognition and mood) บุคคลที่เผชิญหรือรับรู้เหตุการณ์ฯ จะพบความรู้สึกด้านลบ เช่น รู้สึกผิด โทษตนเอง มองโลกในแง่ลบ รู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ และมีปัญหาความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์
4. การตื่นตัวและการตอบสนองที่มากเกินไป (Hyperarousal) บุคคลที่เผชิญหรือรับรู้เหตุการณ์ฯ มักมีความตื่นตัวสูง หวาดระแวง ตกใจง่าย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ สมาธิลดลง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

PTSD เป็นภาวะสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งเกิดจากประสบการณ์สะเทือนขวัญและส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ การวินิจฉัยและการให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นหลังเหตุการณ์ เช่น การใช้ Psychological First Aid (PFA) และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการตอบสนองและแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์ภัยพิบัติและภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ภายใต้การกำกับของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบาย พัฒนาแนวทางปฏิบัติ และสนับสนุนทีมปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทุกระดับ หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยกู้ชีพกู้ภัย ตลอดจนเครือข่ายภาคประชาสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (Psychological First Aid: PFA) เป็นแนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นที่ใช้ในสถานการณ์ภัยพิบัติหรือเหตุการณ์วิกฤต โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทางใจในระยะสั้น ฟื้นฟูความรู้สึกปลอดภัย และเชื่อมโยงผู้ประสบเหตุเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม PFA ไม่ใช่การบำบัดทางจิตเวช แต่เป็นการดูแลเชิง

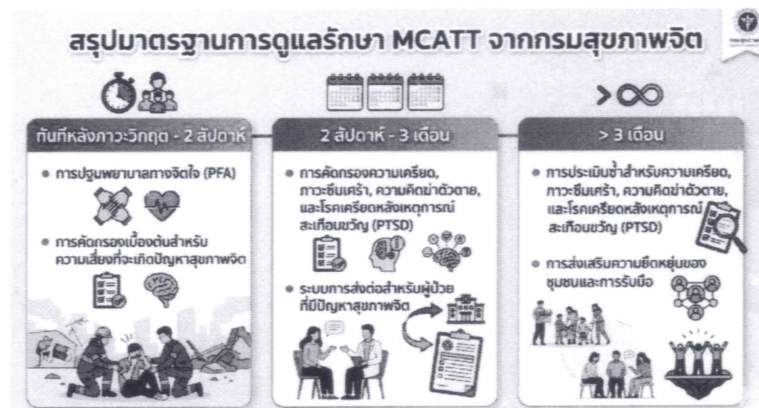
มนุษยธรรมที่สามารถดำเนินการได้โดยบุคลากรสุขภาพและผ่านการอบรม โดยหลักการสำคัญของ PFA คือแนวคิด “มอง-ฟัง-เชื่อมโยง (Look-Listen-Link)” ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- มอง (Look) คือ การประเมินสถานการณ์และความปลอดภัยของพื้นที่ รวมถึงการสังเกตผู้ที่มีความเครียดสูง ผู้ที่มีความเสี่ยง หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน
- ฟัง (Listen) คือ การเข้าไปพูดคุยด้วยท่าทีสงบ รับฟังอย่างตั้งใจ ใช้ความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน ไม่บังคับให้เล่าเหตุการณ์ และให้พื้นที่ทางอารมณ์แก่ผู้ประสบเหตุ
- เชื่อมโยง (Link) คือ การช่วยเหลือให้ผู้ประสบเหตุเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ที่พัก อาหาร การรักษาพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว และการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตเมื่อจำเป็น

หลักการสำคัญของ PFA ยังเน้นการสร้าง ความปลอดภัย (Safety) การสร้าง ความสงบ (Calm) การเสริมความหวัง (Hope) และการส่งเสริม การเชื่อมโยงทางสังคม (Connectedness) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตระยะยาว เช่น ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ประเทศไทยมีการจัดตั้งทีมปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพภายใต้กรมสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญในการลงพื้นที่เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือเหตุการณ์วิกฤต เพื่อประเมิน คัดกรอง และให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน องค์ประกอบของทีม MCATT ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญดังนี้

- การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย
- การให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) ในพื้นที่เกิดเหตุ
- การดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน เช่น อาการตื่นตระหนก วิตกกังวลรุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม
- การติดตามเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูสภาพจิตใจในระยะหลังภัยพิบัติ
- การสนับสนุนการฟื้นฟูชุมชน (community mental health recovery) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในระยะยาว



สรุป ระบบการตอบสนองด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยในภาวะภัยพิบัติเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ภาครัฐ และชุมชน โดยใช้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) เป็นเครื่องมือสำคัญในระยะเริ่มต้น และทีม MCATT เป็นกลไกหลักในการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ ทั้งการประเมิน การช่วยเหลือ และการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยง แนวทางดังกล่าวช่วยลดผลกระทบทางจิตใจของผู้ประสบภัย ส่งเสริมการฟื้นตัวทางอารมณ์ และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพจิตที่ยั่งยืนและพร้อมรับมือกับภัยพิบัติและภาวะวิกฤตในอนาคตของประเทศไทย

หัวข้อ “ทิศทาง แผนการพัฒนาระบบสุขภาพในการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ”
 วิทยากร ดร.พ.ว.ธีรพร สติธังกูร อุนนายกสภาการพยาบาล คนที่ 1 และที่ปรึกษากองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
 นโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569 มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง ทันท่วงที และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเน้น 5 ด้านสำคัญ ดังนี้

1. เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ ลดเหลื่อมล้ำ - พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ยกระดับโรงพยาบาลและบริการเฉพาะทาง เพิ่มการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและทั่วถึง
2. สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย - ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวม ดูแลสุขภาพตั้งแต่แม่และเด็ก วัยทำงาน จนถึงผู้สูงอายุ ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
3. เพิ่มขีดความสามารถ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ดิจิทัลสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ - ยกระดับการแพทย์และระบบสุขภาพสมัยใหม่ พัฒนาแพทย์เฉพาะทางและระบบบริการที่มีคุณภาพ ใช้เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ เช่น Telemedicine พัฒนาแนวทางการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)
4. เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ - เสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และชุมชน) ส่งเสริมบทบาททอสม. และ Caregiver ดูแลสุขภาพเชิงรุกในระดับครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพรไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รวมทั้งคลินิกแพทย์แผนไทยร่วมสมัย เป็นต้น
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการและกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี



สรุป นโยบายปี 2569 มุ่ง “ยกระดับระบบสุขภาพไทยให้ทันสมัย เข้าถึงง่าย เท่าเทียม และยั่งยืน” โดยเน้นทั้งการพัฒนาบริการ การป้องกันโรค เทคโนโลยีการแพทย์ การเสริมพลังระบบสุขภาพชุมชนควบคู่กัน และสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากร

สมรรถนะพยาบาล

สมรรถนะ (Competency) คือ องค์ประกอบของความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และพฤติกรรม (Attitudes) ที่แสดงออกในงาน

สมรรถนะ เป็นตัวกำหนดความสำเร็จระดับบุคคล สมรรถนะสามารถพัฒนาได้ผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ สมรรถนะ หมายถึง กลุ่มหรือชุดของความสามารถ (ความรู้และพฤติกรรม) ที่แสดงออก อย่างชัดเจน และสม่ำเสมอ โดยผู้ที่ประสบความสำเร็จอย่างดีในการทำงาน (กพร., 2561)

Competency model แบ่งลักษณะของสมรรถนะได้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1. สมรรถนะหลัก (Core Competency) - คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของตำแหน่ง/วิชาชีพหลัก กำหนดขึ้นเพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกัน เช่น สมรรถนะหลักที่กำหนดโดยสำนักงานก.พ. และสภาการพยาบาล เป็นต้น

สมรรถนะหลักที่ ก.พ. กำหนด	สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ โดยสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561)
1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement Motivation)	สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย
2. การบริการที่ดี (Service Mind)	สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise)	สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
4. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม (Integrity)	สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและพัฒนาคุณภาพ
5. การทำงานเป็นทีม (Teamwork)	สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย
	สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ
	สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ
	สมรรถนะที่ 8 ด้านสังคม

2. สมรรถนะตามตำแหน่งงาน (Functional Competency) มี 2 ลักษณะ ได้แก่ สมรรถนะที่กำหนดขึ้นเฉพาะกลุ่มงาน (Common Functional Competency) และ สมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific Functional Competency) เช่น สมรรถนะพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ

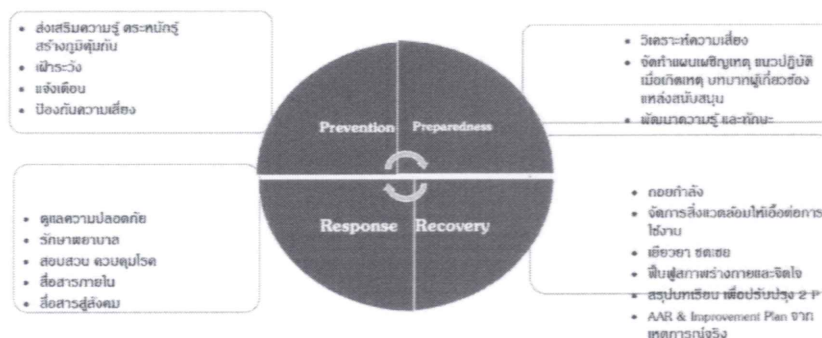
แนวคิดการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ

กรอบการดำเนินงาน 2P2R ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ (Operational Framework) ครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ ด้วยการป้องกัน (Prevention) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) การตอบโต้เหตุการณ์ (Response) และการฟื้นฟู (Recovery) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

แนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM)



กรอบการดำเนินงาน 2P2R (Prevention, Preparedness, Response, Recovery)



การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific Functional Competency) ในการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติ สามารถทำได้ตามกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดสมรรถนะที่ต้องการ – ขั้นตอนแรก คือ การกำหนดสมรรถนะที่พยาบาลควรมีในการรับมือภัยพิบัติ โดยอิงจากมาตรฐานวิชาชีพ นโยบายสาธารณสุข และบริบทของพื้นที่ สมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ การประเมิน

สถานการณ์ฉุกเฉิน การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูง การควบคุมการแพร่กระจายของโรค การสื่อสารในภาวะวิกฤต รวมถึงการให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (Psychological First Aid: PFA) และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System)

2. การประเมินสมรรถนะปัจจุบัน - ขั้นตอนนี้มุ่งประเมินระดับความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ เพื่อระบุช่องว่าง (gap analysis) ระหว่างสมรรถนะที่มีอยู่กับสมรรถนะที่พึงประสงค์ การประเมินสามารถใช้วิธีการหลากหลาย เช่น แบบทดสอบความรู้ การสังเกตการปฏิบัติงาน การประเมินตนเอง (self-assessment) หรือการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาและผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนพัฒนาอย่างตรงจุด

3. การจัดทำแผนพัฒนา - เมื่อทราบช่องว่างของสมรรถนะแล้ว จะเข้าสู่การวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ วิธีการพัฒนา ระยะเวลา และทรัพยากรที่ใช้ รูปแบบการพัฒนาอาจประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) การฝึกจำลองสถานการณ์ (simulation-based training) การฝึกซ้อมแผนฉุกเฉิน (disaster drill) การเรียนรู้จากกรณีศึกษา (case-based learning) และการพัฒนาผ่านระบบพี่เลี้ยง (mentoring) ทั้งนี้แผนพัฒนาควรสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและชุมชน

4. การลงมือปฏิบัติ - ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการนำแผนพัฒนาไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning) พยาบาลจะได้รับการฝึกฝนในสถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริง เช่น การซ้อมอพยพ การจัดการเหตุการณ์ผู้บาดเจ็บจำนวนมาก หรือการปฏิบัติงานในศูนย์อพยพ การทำงานร่วมกับทีม MCATT ในการดูแลสุขภาพจิตผู้ประสบภัย และการใช้แนวทาง Psychological First Aid (PFA) ในพื้นที่จริง การฝึกปฏิบัติเหล่านี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความชำนาญ และความสามารถในการตัดสินใจภายใต้ความกดดัน

5. การประเมินผลลัพธ์ - ขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผลการพัฒนา เพื่อพิจารณาว่าพยาบาลมีการพัฒนาสมรรถนะตามเป้าหมายหรือไม่ การประเมินสามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด เช่น ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉิน และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถนำผลประเมินไปใช้ในการปรับปรุงหลักสูตร การฝึกอบรม และระบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระยะยาว

สรุป การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตั้งแต่การกำหนดสมรรถนะ การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ ไปจนถึงการประเมินผล การดำเนินการอย่างครบวงจรจะช่วยเสริมสร้างความพร้อมของพยาบาลในการตอบสนองต่อภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความสูญเสีย และยกระดับคุณภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน

วันศุกร์ ที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๙

หัวข้อ เสนวนา เรื่อง “ประสบการณ์การปรับตัวด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ได้ผลกระทบจากภัยพิบัติ”

วิทยากร 1. พว.ฉวีวรรณ คำศรี ผู้ประสบภัย

2. หลวงดาสินทรัพย์ จรณ์ธัมโม (พระสันติคิด) จิตอาสา วัดป่าบ่อน้ำพระอินทร์ จ.อุบลราชธานี

ผู้ดำเนินการเสวนา รศ.ดร.พว.กาญจนา สุทธิเนียม มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

เนื้อหาโดยสรุป

การปรับตัวด้านสุขภาพจิต (Mental Health Adaptation) ของผู้ประสบภัยพิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญในการฟื้นฟูชุมชนและสังคม จากการเสวนาดังกล่าว สามารถแยกประเด็นได้ ดังนี้

1. ผลกระทบทางจิตใจในระยะต่างๆ ของภัยพิบัติ

- ระยะวิกฤต (Acute Phase) ผู้ประสบภัยมีความตื่นตระหนก ภาวะช็อก ความกลัว และความสูญเสียฉับพลัน ซึ่งต้องอาศัยการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (Psychological First Aid - PFA) อย่างทันด่วน

- ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase) ผู้ประสบภัยมีภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวังจากการสูญเสียบ้านและอาชีพ

2. กลไกการปรับตัว (Coping Mechanisms) ของผู้ประสบภัย

- การปรับตัวมักแบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ การจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) เช่น การแสวงหาความช่วยเหลือ และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เช่น การใช้หลักศาสนา ความเชื่อ หรือการพึ่งพาทางใจ

- ปัจจัยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ได้แก่ การมีสายสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการมีความหวังต่ออนาคต

3. บทบาทของพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพจิต

- การคัดกรองประเมินความเสี่ยง โดยค้นหาผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่พักพิงหรือชุมชน

- การดูแลระยะยาว การติดตามเยี่ยมบ้านและการบำบัดทางจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคเรื้อรังทางจิตเวช) สามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

- การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment): พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแกนนำชุมชน ให้สามารถเฝ้าระวังและช่วยเหลือกันเองในเบื้องต้นได้

- การใช้ทุนทางสังคมและชุมชน (Social Capital) พลังของ "ชุมชนเข้มแข็ง" การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเพื่อนบ้าน และเครือข่ายญาติมิตร มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดความโดดเดี่ยวและฟื้น ตัว

หัวข้อ เสนวนา เรื่อง “การบริหารจัดการทางการแพทย์และการดูแลผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจในสถานการณ์ภัยพิบัติ (ภัยพิบัติสงคราม/ภัยพิบัติธรรมชาติ): บทบาทพยาบาลจิตเวช”

วิทยากร 1. พว.ธีรภา ธาณี พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. พว.นริศรา ทองงาม พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

3. พว. อิศรา ศรีระดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ผู้ดำเนินการเสวนา พว.สวัสดิ์ เทียงธรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
เนื้อหาโดยสรุป

1. บริบทและความท้าทายในสถานการณ์ภัยพิบัติ (ภัยพิบัติสงคราม)

จากสถานการณ์ภัยพิบัติสงครามที่เกิดขึ้นบริเวณชายแดนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตอย่างฉับพลัน ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ (Psychological Trauma) ผู้ประสบภัยและผู้ได้รับผลกระทบต้องเผชิญกับภาวะความหวาดกลัวขั้นรุนแรง ความสูญเสียบุคคลหรือทรัพย์สิน ภาวะวิกฤตทางอัตลักษณ์ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) รวมถึงภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

2. การบริหารจัดการทางการแพทย์ในภาวะวิกฤต การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลจิตเวชท่ามกลางสถานการณ์ภัยพิบัติสงคราม มุ่งเน้นการดำเนินงานผ่านแนวทางหลัก ดังนี้

- การวางแผนเผชิญเหตุและการจัดระบบทรัพยากร (Preparedness and Resource Management) การเตรียมความพร้อมของทีมพยาบาลจิตเวช การจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล (Triage) และการบริหารจัดการบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่วิกฤต

- การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ การประสานงานอย่างไร้รอยต่อระหว่างพยาบาลจิตเวช ทีมแพทย์ฉุกเฉิน ทหาร EOC (Emergency Operations Center) และหน่วยงานท้องถิ่น

- การดูแลกลุ่มเปราะบางเป็นพิเศษ การให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้พลัดถิ่น และผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งมักได้รับผลกระทบทางจิตใจรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น

3. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

- การช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน (Acute Phase) นำหลักการ การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (Psychological First Aid - PFA) มาใช้ในการประเมินเบื้องต้น รับฟังอย่างเข้าใจ ปลอดภัย The Panic/Shock และเชื่อมโยงผู้ประสบภัยเข้ากับปัจจัยพื้นฐานและความช่วยเหลือที่จำเป็น

- การเยียวยาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ (Recovery Phase) โดยคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตเชิงลึก ป้องกันการเกิด PTSD เรื้อรัง และส่งเสริมกลไกการปรับตัว (Coping Mechanisms) และเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางใจ (Resilience) ให้แก่ผู้ประสบภัย

- การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน (Community Empowerment) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและผู้นำชุมชน ให้เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น (Mental Health Surveillance) เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลกันเองได้ในระยะยาว

หัวข้อ “แนวทางการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ/ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภัยพิบัติ: การประเมินและระบุปัญหาทางการพยาบาลจิตเวช”

วิทยากร พว.มาลี เกษแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

เนื้อหาโดยสรุป

1. หลักการและเป้าหมายของการประเมินด้านจิตใจในภาวะภัยพิบัติ

- เป้าหมายหลัก เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ช่วยให้สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างตรงจุด ป้องกันการลุกลามไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวชเรื้อรัง เช่น โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) หรือภาวะซึมเศร้ารุนแรง

- ลักษณะการประเมิน ต้องทำอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว และเหมาะสมกับบริบทสถานการณ์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางกายและใจของผู้ประสบภัยเป็นอันดับแรก

2. การประเมินและการระบุปัญหาทางการพยาบาลจิตเวช

การระบุปัญหาทางการพยาบาลจิตเวชมุ่งเน้นการจำแนกตามระยะเวลาและอาการแสดงของผู้รับบริการ ดังนี้

1) การประเมินในระยะเฉียบพลัน (Acute Phase: 0 - 72 ชั่วโมงแรก)

อาการที่พบ คือ ภาวะตื่นตกใจ ซึมเศร้า หวาดกลัวสุดขีด ร้องไห้ฟูมฟาย นิ่งเงียบไม่ตอบสนอง หรือมีอาการทางกายจากความเครียด (เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ)

ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลัน (Acute Anxiety) ความเสี่ยงต่อการสูญเสียการควบคุมตนเอง ความต้องการการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (Psychological First Aid - PFA) อย่างเร่งด่วน

2) การประเมินในระยะฟื้นตัว (Recovery Phase: สัปดาห์ที่ 1 ถึงเดือนที่ 3 ขึ้นไป)

อาการที่พบ คือ ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief), ภาวะหมดแรงใจ, อาการหวาดระแวงสะดุ้งกลัวเสียงหรือเหตุการณ์ที่ชวนให้นึกถึงภัยพิบัติ ผื่นร้ายซ้ำๆ และการถดถอยทางสังคม

ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย เฝียอยู่กับความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) และ PTSD ความไร้พลังในการปรับตัว (Ineffective Coping)

3. เครื่องมือและแนวทางปฏิบัติของพยาบาลจิตเวช

- การใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินภาวะวิกฤตและสุขภาพจิตที่กระชับ เช่น แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) หรือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า/PTSD ในเบื้องต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์

- การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจิตเวชที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง เช่น "พร่องการปรับตัวเนื่องจากเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ" หรือ "มีความเสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากภาวะซึมเศร้าหลังภัยพิบัติ"

- การส่งต่อ (Referral System) หากพบผู้ประสบภัยที่มีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือมีอาการทางจิตเวชรุนแรง พยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ประเมินและประสานส่งต่อทีมแพทย์เฉพาะทางเพื่อรับการรักษาด้วยยาหรือจิตบำบัดขั้นสูงต่อไป

หัวข้อ กลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ เรื่อง “แนวทางการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ/ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ภัยพิบัติ: การดูแล/บำบัดและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ”

1. เรื่อง “การดูแลในระยะวิกฤต : การประเมินเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลทางใจ (Psychological First Aid - PFA)”

2. เรื่อง “การดูแลในระยะอพยพและพักพิง : เทคนิคการดูแลช่วยเหลือ/การบำบัดด้านจิตใจ (การจัดการความเครียดหลังวิกฤต (PTSD)/การเสริมสร้างพลังอำนาจ”

3. เรื่อง “การดูแลในระยะฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ (Trauma Recovery) : การบำบัดทางจิตใจ/การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน”

วิทยากร 1. พว.มาลี เกษแก้ว โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

2. พว.ประดับ เวทย์ชัยวงษ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

3. ศ.ดร.พว.กาญจนา สุทธิเนียม มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ผู้ดำเนินการฝึกปฏิบัติ ดร.พว.พิมพ์ชนก หาคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

โดยหัวข้อนี้ผู้เข้าอบรมทุกคนได้ฝึกปฏิบัติประเมินเบื้องต้นและการปฐมพยาบาลทางใจ ในสถานการณ์ที่มีผู้สับ
กัยต่างๆ เรียนรู้เทคนิคการดูแลช่วยเหลือ การบำบัดด้านจิตใจ (การจัดการความเครียดหลังวิกฤต (PTSD) และการ
เสริมสร้างพลังอำนาจ

๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

จากการศึกษานโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙ และแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ได้เพิ่มความ
เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทสำคัญของระบบสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ
โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
นอกจากนี้ ยังได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในทุกช่วงวัย รวมถึงการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ การ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด วิตกกังวล และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
(PTSD) รวมถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการประเมินอาการ การให้การบำบัดพื้นฐาน การให้การพยาบาลเชิงจิต
สังคม และการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนโดยการประเมินภาวะสุขภาพจิต การคัดกรอง
ความเสี่ยงทางจิตเวช การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (Psychological First Aid: PFA)
มาบูรณาการในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้นักศึกษาเห็นความเชื่อมโยงของการดูแลแบบองค์รวม
ส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบำบัด เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การใช้คำถามปลายเปิด และการสร้าง
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด รวมถึงการฝึกใช้หลักการ PFA (มอง-ฟัง-เชื่อมโยง) ในสถานการณ์จำลอง เพื่อเตรียมความ
พร้อมในการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจและผู้ประสบภัยพิบัติ

นอกจากนี้องค์ความรู้ที่ได้รับ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต
(Happy Place for Happy Mind) ที่ให้บริการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับนักศึกษาและบุคลากรของ
ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยาการ การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

ด้านเนื้อหา การจัดประชุมในครั้งนี้เนื้อหามุ่งเน้นไปที่ประสบการณ์การปรับตัวด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับ
ผลกระทบจากภัยพิบัติสงคราม และการบริหารจัดการทางการพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์วิกฤต ถ่ายทอดจากผู้ที่มี
ประสบการณ์โดยตรง ทำให้เนื้อหามีความน่าสนใจและสามารถนำมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์วิกฤตต่างๆได้เป็นอย่างดี

ด้านความคุ้มค่า หลักสูตรถือว่ามีความคุ้มค่า เนื่องจาก เนื้อหาการจัดประชุมเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็น
ปัจจุบัน มีการเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เข้าอบรมได้รับฟังเนื้อหาที่ทันสมัย มีการนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กับเรื่องภัยพิบัติ และได้ฝึกปฏิบัติเบื้องต้นในการบำบัดผู้ที่มีภาวะเครียดและวิตกกังวล

ด้านวิทยาการ วิทยากรมีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นอย่างดี ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ที่ประสบภัย รวมถึงเป็นผู้ประสบภัยเอง ทำให้สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ได้ดี เป็นแบบอย่าง
ของการปฏิบัติงานพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช