



คู่มือวิทยากร หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
Copyright © 2018 by DMH

คู่มือวิทยากร

หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

คู่มือวิทยากร

หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
(ฉบับปรับปรุง 2561)

บรรณาธิการ	นางสาวลักษณ	สุวรรณไมตรี
	นางสาวชนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์
	นายวีร์	เมฆวิสัย

จัดทำพิมพ์ เผยแพร่และสงวนลิขสิทธิ์โดย

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 :	กุมภาพันธ์ 2557	จำนวนที่พิมพ์ :	2,500 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 :	มีนาคม 2557	จำนวนที่พิมพ์ :	13,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3 :	สิงหาคม 2557	จำนวนที่พิมพ์ :	3,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4 :	มกราคม 2558	จำนวนที่พิมพ์ :	3,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5 :	มกราคม 2561	จำนวนที่พิมพ์ :	300 เล่ม
พิมพ์ที่ :	ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง		

คำนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่า ประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 72.21 ยิ่งไปกว่านั้นการเข้าถึงบริการจิตเวชเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิตก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม

กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิต ระหว่าง ปี 2554-2555 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จึงได้เริ่มนำมาขยายผลในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ซึ่งในปัจจุบันได้ขยายพื้นที่เป้าหมายครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ด้วย

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ได้ปรับปรุงหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฯ นี้จะเป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งดูแลและใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิต ครอบครัวและชุมชน ต่อไป

น.ต. 

(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
คำชี้แจง	ค
แผนการสอนที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต	1
แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการทางจิตใจและประสานการส่งต่อ	16
แผนการสอนที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	29
แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต	44
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	49
ผนวก ก	51
แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ	51
แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	52
แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)	53
แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)	53
ผนวก ข	54
ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต	54
ผนวก ค	55
แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม	55
ผนวก ง	56
รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน	56

คำชี้แจง

คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พัฒนาขึ้นโดยใช้ฐานองค์ความรู้จากโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย องค์การอนามัยโลกเพื่อให้พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของตนเอง คู่มือวิทยากรหลักสูตรนี้ มีแผนการสอนทั้งสิ้น 4 แผนการสอน กระบวนการฝึกอบรมมีทั้งภาคทฤษฎี ประกอบด้วย การบรรยาย การชมวีดิทัศน์กรณีศึกษา การแบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย และภาคปฏิบัติประกอบด้วย การสาธิตและการแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งในแต่ละแผนการสอนมีวัตถุประสงค์ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

วัตถุประสงค์: เพื่อให้วิทยากร มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปรับทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต

แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการทางจิตใจและประสานการส่งต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการด้านจิตใจโดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจและประสานการส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)

แผนการสอนที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์: เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชน

2. แผนการสอน ประกอบด้วย ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ภาคทฤษฎี ประกอบด้วย 4 แผนการสอน ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการด้านจิตใจและประสานการส่งต่อ

แผนการสอนที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

2.2 ภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติ 4 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 การใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

เรื่องที่ 2 การใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

เรื่องที่ 3 การใช้แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

เรื่องที่ 4 การใช้แนวทางประเมินอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำ (5 red flags)

3. ระยะเวลาในการอบรม

ใช้ระยะเวลา 1 วัน

4. คุณสมบัติวิทยากร

พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข/ บุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

5. วิธีการฝึกอบรม

5.1 การบรรยาย

5.2 การชมวิดีโอทัศน์กรณีศึกษา

5.3 การอภิปราย

5.4 การสาธิต

5.5 การฝึกปฏิบัติ

6. สื่อ/อุปกรณ์

6.1 คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ฉบับปรับปรุง 2561)

6.2 คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ฉบับปรับปรุง 2561)

6.3 คอมพิวเตอร์ (สามารถใช้กับ CD/ DVD ได้)

6.4 เครื่องฉาย Projector

6.5 กระดาษ Flip chart และปากกา

6.6 แผ่น CD/ DVD กรณีศึกษา

7. การประเมินผลการฝึกอบรม

7.1 ประเมินระหว่างฝึกอบรมโดยการสังเกต การซักถามและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

7.2 แบบประเมินความพึงพอใจ

7.3 แบบวัดความรู้ก่อนและหลังฝึกอบรม

8. วัตถุประสงค์ประกอบการฝึกอบรม

แผนที่	ชื่อเรื่อง	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์
1	คุณสมบัติ คุณสุมาลี	10 นาที	เพื่อปรับทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตและการให้ความรู้เรื่องอาการโรคจิต
4	1. พลังของหัวใจ	9 นาที	เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต
	2. อารมณ์	9 นาที	
	3. ปม	9 นาที	

9. ตารางการอบรม

ว/ ด/ ป	ภาคเช้า		พักกลางวัน	ภาคบ่าย	
วันที่ 1	แผนการสอนที่ 1 ทัศนคติและ องค์ความรู้เรื่อง โรคจิต (1 ชม 30 นาที)	แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการ ด้านจิตใจและ การประสานส่งต่อ (1 ชม 30 นาที)		แผนการสอนที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน อย่างต่อเนื่อง (2 ชม)	แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย โรคจิต (1 ชม)



ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

แผนการสอนที่ 1

ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปรับทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต

เนื้อหาสาระ

1. ความรู้ความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิต
 - สถานการณ์โรคจิต
 - ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
 - ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิต

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

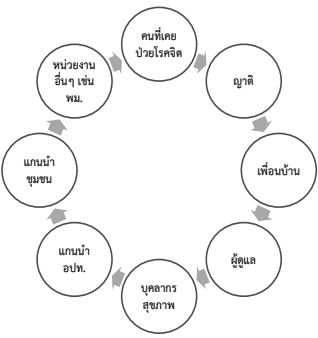
การแบ่งกลุ่ม/ เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที	1. วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงการรับรู้ หรือ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตและความเข้าใจของผู้เข้าอบรมในประเด็นต่อไปนี้ ■ ท่านเคยพบเห็นหรือรู้จักคนที่ป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่ ? ■ โรคจิตในความคิดท่านคืออะไร ? ■ ท่านรู้สิ่กอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต ?	
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	2. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมชมวิดีโอทัศนเรื่องราวของคุณสมจิต คุณสมาลี วิทยากรสุ่มถามตามใบงาน 1 ในประเด็นต่อไปนี้ 1. ท่านได้ยินได้เห็นอาการอะไรบ้างจากคุณสมจิตและคุณสมาลี 2. คุณสมจิต คุณสมาลี ได้รับการรักษาอะไรบ้าง 3. ครอบครัว ชุมชน แสดงออกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสมาลี 4. ท่านรู้สิ่กอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสมาลี	- วิดีทัศน์ เรื่องราวของคุณสมจิต คุณสมาลี - ใบงาน 1

การแบ่งกลุ่ม/ เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
	5. ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร จากนั้นวิทยากรสรุปสาระสำคัญจากวิดีโอทัศน์และสรุปความเชื่อ ทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิตตามใบความรู้ 1	- ใบความรู้ 1
กลุ่มย่อย 5-6 คน เวลา 25 นาที	3. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันทำใบงาน 2 ในประเด็นต่อไปนี้ - อาการของโรคจิต - สาเหตุของโรคจิต - การรักษาโรคจิตหายได้หรือไม่ อย่างไร - อสม. สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร - ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต	- ใบงาน 2 - กระดาษ Flip chart/ A4
กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที	4. วิทยากรให้ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอผลการอภิปราย กลุ่มละ 1 หัวข้อ และให้กลุ่มอื่นๆ เสริมในประเด็นที่แตกต่าง	
กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที	5. วิทยากรบรรยายความรู้เรื่องโรคจิตตามใบความรู้ 2	- ใบความรู้ 2

แผนการสอนที่ 1 ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต	แผนการสอนที่ 1 ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต
	วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงการรับรู้ หรือ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตและความเข้าใจของผู้เข้า อบรมในประเด็นดังต่อไปนี้ ■ ท่านเคยพบเห็นหรือรู้จักคนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่ ? ■ โรคจิตในความคิดท่านคืออะไร ? ■ ท่านรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต ?
วิดีทัศน์เรื่องราวคุณสมจิต คุณสุมาลี	วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมชมวิดีโอทัศน์เรื่องราว คุณสมจิต คุณสุมาลี

 ใบงาน 1 1. ท่านได้ยินได้เห็นอาการอะไรบ้างจากคุณสมจิตและคุณสุมาลี 2. คุณสมจิต คุณสุมาลี ได้รับการรักษาอะไรบ้าง 3. ครอบครัว ชุมชน แสดงออกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสุมาลี 4. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสุมาลี 5. ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร	ใบงานที่ 1 หลังจากชมวิดีโอเรื่องราวของคุณสมจิต คุณสุมาลี วิทยาการให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย 5 – 6 คน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามใบงาน 1 พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้เข้าอบรมดังนี้ 1. ท่านได้ยินได้เห็นอาการอะไรบ้างจากคุณสมจิตและคุณสุมาลี 2. คุณสมจิต คุณสุมาลี ได้รับการรักษาอะไรบ้าง 3. ครอบครัว ชุมชน แสดงออกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสุมาลี 4. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสุมาลี 5. ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร จากนั้นวิทยาการสรุปสาระสำคัญจากหนังสือและสรุปความเชื่อ ทศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิตตาม ใบความรู้ 1
  สรุปสาระสำคัญจากวิดีโอ	ใบความรู้ 1 สรุปสาระสำคัญจากวิดีโอ 1. ท่านได้ยินได้เห็นอาการอะไรบ้างจากคุณสมจิตและคุณสุมาลี คุณสมจิต มีอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะอาละวาด ถอดเสื้อผ้า วิ่งไปเรื่อยเปื่อย ทำร้ายชีวิตเปิด ไก่ สุนัข คุณสุมาลี มีอาการพูดจาก้าวร้าวด่าทอคนรอบข้าง ทำร้ายบิดามารดา 2. คุณสมจิต คุณสุมาลี ได้รับการรักษาอะไรบ้าง การรักษาผู้ป่วยโรคจิตไม่เพียงแต่การควบคุมอาการเท่านั้น แต่ต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของอาการและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการกลับเป็นซ้ำคือการได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

	3. ครอบครัว ชุมชน แสดงออกอย่างไรต่อคุณสมจิตและคุณสุมาลี ครอบครัวคุณสมจิต ล่ามโซ่เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบครัวคุณสุมาลี ไม่มีความรู้และยากจน ทำให้การรักษาของคุณสุมาลีไม่ต่อเนื่อง คนในชุมชนมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยทั้งสองคน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางบวก ด้วยความรัก ความเมตตา ความสงสารต้องการให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี แต่ความรู้สึกทางลบก็มี เช่น ความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่มั่นใจในการอยู่ร่วมกันในสังคมซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เรากำลังมาทำความเข้าใจว่าโรคจิตคืออะไร น่ากลัวจริงหรือ และจะดูแลพวกเขาอย่างไรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของพวกเขา การทำงานเป็นทีมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต โดยเฉพาะชุมชนที่มองเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้โอกาสดังเช่นคุณสุมาลีได้รับการฟื้นฟูทางอาชีพ โดยเจ้าของร้านอาหาร หรือการประสานงานขอเบี้ยยังชีพความพิการแก่คุณสมจิต การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต 4. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อคุณสมจิต คุณสุมาลี หรือผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ - สงสาร เห็นใจ อยากช่วยเหลือ - กลัว รังเกียจ สมเพช อับอาย ไม่อยากให้อยู่ในชุมชน ไม่อยากให้เข้าใกล้ลูกหลาน 5. วิทยากรถามผู้เข้ารับการอบรมว่า “ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร ?” ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้โดย 1. การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิต 2. ให้การยอมรับในความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่มองเป็นเพียงคนป่วยหรือผู้ป่วยจากภาพลักษณ์ที่เห็น แต่ต้องมองผ่านความเจ็บป่วยสู่เบื้องหลังพวกเขาที่ดำรงความเป็นมนุษย์เฉกเช่นเดียวกันกับเราทุกคน 3. การให้โอกาสใช้ชีวิตด้วยกันในครอบครัวและชุมชน 4. การให้กำลังใจ
--	--

	5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้ง การค้นหาคัดกรอง การประเมินและวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะการติดตามต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชน 6. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เราากำลังมาทำความเข้าใจว่าโรคจิตคืออะไร น่ากลัวจริงหรือและจะดูแลพวกเขาอย่างไรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของพวกเขา
 กรมสุขภาพจิต DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH ความเชื่อ ทศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต	วิทยากรสรุป ความเชื่อ ทศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตหากได้รับการรักษาเร็วและต่อเนื่องมีโอกาสรักษาได้ แม้บางรายจะเรื้อรังแต่ก็สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยให้เป็นปกติได้ ผู้ป่วยโรคจิตมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวหรือสังคมได้ หากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ดีพอ ดังนั้นผู้ดูแลในชุมชนที่มีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร
 ใครบ้างที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต 	ใครที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้บ้าง 1. คนที่เคยป่วยโรคจิต คือ บุคคลทั่วไปที่เคยได้รับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจจนกระทั่งอาการสงบหรือหายจากการการเจ็บป่วยนั้น จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติในชุมชน 2. ผู้ดูแล ได้แก่ ญาติ/ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำหมู่บ้าน (อพม.) อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เป็นต้น 3. บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ตั้งแต่หน่วยใกล้บ้านที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลชุมชน(รพช.)

	โรงพยาบาลจังหวัด(รพศ./รพท.) โรงพยาบาลจิตเวช (รพจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 4. บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนเทศบาล (อบท.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 5. <u>แกนนำชุมชน</u> ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ <u>เป็นทางการ</u> เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน <u>ไม่เป็นทางการ</u> เช่น ปราชญ์ท้องถิ่นผู้นำทางจิตวิญญาณ (พระ โต๊ะอิหม่าม ฯลฯ) 6. บุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ตำรวจ สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักทะเบียนราษฎร์ เป็นต้น
 ทำไมโรคจิตจึงสำคัญ ? โรคจิตมีมากแค่ไหนในประเทศไทย? *****ทั้งประเทศป่วยเป็นโรคจิตเกือบ"6"แสนคน"คนไทย" 100 คน"เป็นโรคจิต"1 คน"แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ครบทั้งหมด ▪ โรคจิตหากไม่รักษาจะป่วยไปตลอดชีวิต ▪ ผลกระทบต่อตนเอง" ▪ ผลกระทบต่อครอบครัว ▪ ผลกระทบต่อสังคม	ใบความรู้ 2 โรคจิตเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวชและทางสาธารณสุขเนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป ▪ คนไทยป่วยเป็นโรคนี้ เกือบ 600,000 คน ▪ ใน 100 คน จะป่วยเป็นโรคจิต 1 คน แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ครบทั้งหมด ▪ โรคจิตหากไม่รักษาจะป่วยไปตลอดชีวิต ▪ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ สูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตกงาน การสูญเสียเงินหรือรายได้ลดลง ▪ ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ การเป็นภาระในการดูแล เสียเวลาประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ▪ ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ ถูกกีดกัน ไม่ยอมรับ เป็นภาระ ▪ ประชาชนส่วนใหญ่ คิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นที่น่ารังเกียจ ▪ บางท้องถิ่นของคนไทย มีความเข้าใจว่าเป็นเรื่องเหนือธรรมชาติ เช่น ผีเข้าและมีความเชื่อว่าจะรักษาหายหากไปรับการรักษาแบบอาบ/ รดน้ำมันต์ ไสยศาสตร์

 ความหมายของโรคจิต โรคจิต เป็นความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วยอาการทั่วไป 3 ประการ คือ 1) บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป 2) ไม่อยู่ในโลกของความจริง 3) ไม่รู้สภาวะตนเอง	ความหมายของโรคจิต โรคจิต เป็นความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วยอาการทั่วไป 3 ประการ คือ 1) บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนสะอาด และสุภาพก็เปลี่ยนเป็นสกปรกและหยาบคาย เคยเป็นคนพูดน้อยก็กลายเป็นพูดไม่หยุด ฯลฯ 2) ไม่อยู่ในโลกของความจริง เช่น มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนด่าตลอดเวลาทั้งๆ ที่ในขณะนั้นไม่มีใครด่าเขาเลย หลงผิดว่ามีคนคิดร้ายและกำลังตามฆ่าเขา 3) ไม่รู้สภาวะตนเอง เช่น ไม่รู้ว่าตนเองกำลังป่วย จึงขัดขืนไม่ยอมไปพบแพทย์ การขัดขืนบางครั้งรุนแรงจนถึงกับใช้กำลังกาย
 ใบงาน 2 - "อาการของโรคจิต - "สาเหตุของโรคจิต - "การรักษาโรคจิตหายได้หรือไม่" อย่างไร - "อสม." สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร - "ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต"	ใบงาน 2 วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันทำใบงาน 2 ในประเด็นดังต่อไปนี้ - อาการของโรคจิต - สาเหตุของโรคจิต - การรักษาโรคจิตหายได้หรือไม่ อย่างไร - อสม. สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร - ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมนำเสนอผลการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 1 หัวข้อ และให้กลุ่มอื่นๆ เสริมในประเด็นที่แตกต่าง

 สรุป อาการของโรคจิต...ประกอบด้วย 1. ความผิดปกติด้านความคิด: มีความคิดหลงผิด 2. ความผิดปกติด้านการรับรู้: มีประสาทหลอน 3. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์: ยึดคนเดียว สิ้นหน้าเรียบเฉย 4. ความผิดปกติด้านการพูด: คำพูดสับสน พูดเพ้อเจ้อ 5. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออก: แยกตัว พูดคนเดียว คลุ้มคลั่ง	ใบความรู้ 2 อาการของโรคจิต ประกอบด้วย 1. ความผิดปกติด้านความคิด คิดหวาดระแวง คิดว่ามีคนจะทำร้าย มีคนควบคุมความคิด เชื่อว่าตนมีอำนาจพิเศษ อวัยวะผิดปกติ ความคิดไม่ต่อเนื่องขาดหาย ไม่เป็นเหตุเป็นผล 2. ความผิดปกติด้านการรับรู้มีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงพูดอาจเป็นเสียงสั่ง ด่าทอ จะพูดคุยคนเดียวคล้ายกับกำลังโต้ตอบอยู่กับใครบางคนเห็นภาพหลอนขึ้นมาเองโดยไม่มีภาพ/เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นจริง 3. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น หัวเราะ ร้องไห้โดยไม่สมเหตุสมผล ยึดคนเดียว หรือเฉยเมยไม่สนใจใคร 4. ความผิดปกติด้านการพูด เช่น พูดเพ้อเจ้อ มีคำพูดสับสน 5. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออก เช่น ไม่สนใจตัวเอง ปล่อยเนื้อตัวสกปรก คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคน ทำลายข้าวของ พูดคนเดียว ไม่นอน วุ่นวาย รบกวนคนอื่น ■ ที่สำคัญอีกอย่างคือไม่รู้ตัวเองว่าผิดปกติ การไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วย หรือ ไม่ยอมรับว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้น “ไม่เป็นความจริง”
 โรคจิตที่พบบ่อย มีอยู่ 3 ชนิด คือ 1. โรคจิตเฉียบพลัน 2. โรคจิต 3. โรคจิตจากยาและสารเสพติด 4. โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต	โรคจิตที่พบบ่อยในประเทศไทย มีอยู่ 4 ชนิดคือ 1. โรคจิตเฉียบพลัน มีอาการหูแว่ว หลงผิด มีอาการน้อยกว่า 1 เดือนเมื่อหายจะกลับเป็นปกติ 2. โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุด พบบ่อยที่สุดพบตั้งแต่อายุน้อย หลังวัยรุ่นหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆ ไปได้มากที่สุด มีอาการมากกว่า 6 เดือนมักจะต้องเข้ารับการรักษาลดไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอนและความคิดที่ไม่เป็นระบบ

	3. โรคจิตจากยาและสารเสพติด มักจะได้ประวัติของการเสพยา หรือสารเสพติด 4. โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต มักจะเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในชีวิต
 สาเหตุของโรคจิตเภท 1. สารสื่อประสาทในสมอง 2. กรรมพันธุ์ 3. สมองผิดปกติ 4. ความเครียดรุนแรง 5. การได้รับยา	โรคจิตที่มีการกล่าวถึงบ่อย คือ โรคจิตเภท เพราะนอกจากจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคมแล้วยังมีแนวโน้มที่จะป่วยเรื้อรังตลอดชีวิต สาเหตุของโรคจิตเภท 1. สารสื่อประสาทในสมอง มีการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่อง 2. กรรมพันธุ์ ■ พี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้ 15% ■ พ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภท ลูกจะป่วยเป็นโรคนี้นี้ 16% ■ พ่อและแม่เป็นโรคจิตเภท ลูกจะป่วยเป็นโรคนี้นี้ 68% 3. สมองผิดปกติมีความผิดปกติของสมอง เช่น มีโพรงสมองโตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองที่น้อยกว่าปกติ 4. ความเครียดรุนแรง เช่น บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตสูญเสีย ความขัดแย้งอย่างรุนแรงของครอบครัว ล้มละลาย 5. การได้รับยา ยาบางชนิดกระตุ้น หรือช่วยเสริมทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท เช่น ยากลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา ยาบ้า

 ใครบ้าง ?? ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ▪ มีพ่อ แม่ พี่ชายหรือน้องสาว หรือฝาแฝด ผู้ปกครองที่เป็นโรคจิตเภท ▪ สมอลูกทำลาย และการทำงานของสมองเสื่อมถอย ▪ เกิดจากการคลอดที่ผิดปกติ ▪ ติดกัญชา ตั้งแต่อายุน้อยๆ ติดยาบ้า ติดสารเสพติด ▪ เคยป่วยโรคจิต แต่ไม่ได้รับการรักษา	ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ▪ ผู้ที่มีทั้งพ่อและแม่มีอาการจิตเภทมีความเสี่ยงโดยรวมของการพัฒนาเป็นโรคจิตเภทถึง 36% ▪ ผู้ที่มีพี่ชายหรือน้องสาวที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทถึง 9% ▪ ฝาแฝดที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงถึง 28% ▪ ผู้ที่ในวัยเด็กมีผู้ปกครองป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงถึง 13% ▪ สมอลูกทำลาย และการทำงานของสมองเสื่อมถอย ▪ ผู้ที่เกิดจากการคลอดที่ผิดปกติ ขาดออกซิเจน หรือขณะอยู่ในครรภ์มารดาไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ หรือมีการติดเชื้อไวรัส ▪ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า ▪ เคยป่วยโรคจิต แต่ไม่ได้รับการรักษา
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาหายได้หรือไม่ ...ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก" แล้วได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง"จะหายได้..." วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ▪ การรักษาด้วยยา ▪ การรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ จิตบำบัด รักษาด้วยกระแสไฟฟ้า	ผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาหายได้หรือไม่ ...ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก แล้วได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะหายได้... วิธีการรักษา ▪ การรักษาด้วยยาผู้ป่วยควรต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ตามแพทย์สั่ง อาจต้องใช้เวลาหลายปี แต่ยาจะช่วยควบคุมอาการ กลับเข้าสู่สังคมได้ ดูแลตนเอง ทำงานได้และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ▪ การรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ - การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า จะลดอาการโรคจิตได้ผลน้อยกว่าการรักษาด้วยยาแต่จะได้ผลดีสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะสั้น - การรักษาด้วยจิตบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จะช่วยให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ มีวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วยได้รับการจ้างงาน



อสม. สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างไร

- ช่วยค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทในพื้นที่ของท่าน
- ช่วยแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้
- การเฝ้าระวังอาการกำเริบและรุนแรง ที่ควรรับพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที หรือประสานการส่งต่อรพ.สต.ใกล้บ้าน

อสม. สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างไร

- ช่วยค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทในพื้นที่โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- ช่วยแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้สามารถดำรงชีพออยู่ได้
 - การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง
 - ช่วยพาผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาให้สม่ำเสมอตรงตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง
 - กระตุ้นให้รู้จักช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ซักผ้า
 - ให้ช่วยทำงานบ้านอย่างง่ายๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ถูบ้าน ล้างจาน
 - ให้ประกอบอาชีพเดิมที่เคยทำอยู่ตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น ค้าขาย ทำสวน หรือทำอาชีพใหม่ใกล้บ้านตามความสนใจและตามความถนัด
- การเฝ้าระวังอาการกำเริบและรุนแรง ที่ควรรับพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีหรือประสานการส่งต่อ รพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อนำส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา
 - พฤติกรรมที่ดูสับสน วุ่นวาย ตื้อ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมมาพบแพทย์
 - อาการผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าพบความผิดปกติ เช่น พูดพรั่ว พูดเพ้อเจ้อ พูดคนเดียว เอะอะ อาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดกลัว

 ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต - การเคลื่อนไหวช้า"มือสั่น"กล้ามเนื้อเกร็ง"ตาเหลือก - ปากแห้ง"คอแห้ง" - ตาพร่ามัว - ผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด" - ง่วงนอน - มีน้ำหนักหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ - ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ยารักษาโรคจิตก็เช่นเดียวกับยารักษาโรคอื่นๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงบ้าง ความรุนแรงของผลข้างเคียงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ผลข้างเคียงบางอย่างอาจไม่รบกวนมาก หรือรบกวนเฉพาะ 2-3 สัปดาห์แรกเมื่อเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นความรุนแรงจะค่อยๆ ลดหายไป ผลข้างเคียงบางอย่างอาจรบกวนมากและเกิดขึ้นและเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาแล้วหลายเดือนหรือหลายปี หากสงสัยควรแจ้งผู้รักษาทราบซึ่งผลข้างเคียงของยา มีดังนี้ ● ส่วนใหญ่มักมีการเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือกมักเกิดหลังได้รับยา 5-7 วันให้ยาแก้แพ้ เช่น artane, benzhexol ● ยาบางชนิดอาจพบอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล ● ยาบางชนิดอาจพบอาการตาพร่ามัว ซึ่งไม่เป็นอันตราย ส่วนใหญ่อาการจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์ความดันโลหิตตก แนะนำให้ลุก ยืน นั่งอย่างช้าๆ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ● ยาส่วนน้อยอาจพบอาการผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด แนะนำให้ใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทาครีมกันแดด ● อาการง่วงนอน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักรหรือขับขีรถถ้ายังง่วงนอนมากพบแพทย์เพื่อขอปรับยา ● มีน้ำหนักหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ อาการเหล่านี้อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย ● สำหรับยาชนิด Clozapine อาจพบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ระหว่างการรักษาได้จึงควรมีการเจาะเลือดตามที่แพทย์นัด ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำอาจจำเป็นต้องหยุดยา
 ผลข้างเคียงการเคลื่อนไหว 1. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง"เคลื่อนไหวช้า (Parkinsonism) 2. ลิ่นจูปาก (Tardive dyskinesia) 3. กล้ามเนื้อมัดใหญ่เกร็งบิด (Acute dystonia) 4. กระวนกระวายในใจ (Akathisia)	

	ผลข้างเคียงการเคลื่อนไหว ได้แก่ 1. กล้ามเนื้อแข็งเกร็งเคลื่อนไหวช้า หน้าตาย มือสั่นน้ำลายไหล ต้วงอ หลังค่อม เกิดภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยา (Parkinsonism) 2. ลิ้นจุกปาก แก้มพองเคี้ยวปาก ย่นหรือห่อริมฝีปาก ไม่สามารถควบคุมได้ของหน้า มือ ลิ้นและปาก (buccolingual) มีการเคลื่อนไหวแบบ choreiform, athetoidวาดแขนขาไปมา ลำตัวบิดไปมา อาการขยับหรือการเคลื่อนไหวชากรรไกร (tardive dyskinesia) 3. กล้ามเนื้อมัดใหญ่เกร็งบิดเกิดขึ้นภายในสัปดาห์แรกที่ได้รับยา(acute dystonia) 4. กระวนกระวายในใจ ถ้าอาการมากผู้ป่วย ยืน เดิน นั่ง นอนไม่ติดที่ อาจเห็นการขอยเท้าไปมา (akathisia)
--	---



การสังเกตอาการด้านจิตใจและ การประสานส่งต่อ

แผนการสอนที่ 2

การสังเกตอาการด้านจิตใจและการประสานส่งต่อ

เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการด้านจิตใจโดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจและประสานการส่งต่อให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

เนื้อหาสาระ

1. แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ วิธีการใช้และการแปลผล
2. แนวทางการประสานส่งต่อผู้มีอาการด้านจิตใจ
3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 25 นาที	1. วิทยากรบรรยายในประเด็นต่อไปนี้ - แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ วิธีการใช้ และการแปลผลตามใบ ความรู้ 1 - แนวทางการประสานส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้าน จิตใจ และบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตามใบ ความรู้ 2 - พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ตามใบ ความรู้ 3	- ใบความรู้ 1 - ใบความรู้ 2 - ใบความรู้ 3
กลุ่มใหญ่ เวลา 5 นาที	2. วิทยากรสาธิตการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ ตามใบ ความรู้ 4	- ใบความรู้ 4
แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3 คน เวลา 45 นาที	3. หลังชมการสาธิต วิทยากรให้ผู้เข้าอบรม แบ่งกลุ่มย่อย 3 คน ฝึกปฏิบัติการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ ตามใบ งาน 1	- ใบงาน 1
กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที	4. วิทยากรสุ่มถามผลการฝึก สรุป และอภิปรายซักถาม	

 แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการด้านจิตใจ และการประสานส่งต่อ	แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการด้านจิตใจและการประสานส่งต่อ
 ท่านจะสังเกตอาการด้านจิตใจได้อย่างไร..??? 	ใบความรู้ 1 เครื่องมือในการสังเกตอาการด้านจิตใจ แบบสังเกตอาการด้านจิตใจสามารถช่วยคัดกรองผู้มีอาการด้านจิตใจ ซึ่งอาจมีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคจิตได้ ผู้ใช้เครื่องมือนี้ได้คือบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่ระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นไป มีทั้งหมด 6 ข้อใช้ในการสังเกต/ สัมภาษณ์ ■ คำตอบมี 2 ข้อเลือก คือ “มี” และ “ไม่มี”
	แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ คำแนะนำแบบสังเกตอาการด้านจิตใจใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านจิตใจ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี ที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้น (<i>ภายในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน</i>) ซึ่งได้จากการสังเกต/ สัมภาษณ์ แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ (ข้อ 1-6) ข้อที่ 1 แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครโดยพิจารณาจากพฤติกรรมดังต่อไปนี้ - เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง - แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ข้อที่ 2 แต่งตัวแปลกๆ สกปรกรกรุงรัง โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้ - สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง

	- ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก - แก้วน้ำในที่สาธารณะ - ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาดและแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิม จนผิดกาลเทศะ ข้อที่ 3 พุดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับคนอื่นโดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้ - พุดคนเดียวไปเรื่อยๆ - เปลี่ยนเรื่องพุดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน - พุดมากหรือพุดเร็วกว่าปกติ - ได้ยินเสียงเหมือนคนมาพุดด้วย - พุดโต้ตอบกับเสียงโดยไม่เห็นตัวคน ข้อที่ 4 หวาดระแวงโดยไม่สมเหตุผล โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้ - หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย - คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด - ระแวงว่ามีคอยติดตาม - มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับ - คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพุดถึงตนเอง - มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม - สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง ข้อที่ 5 ทำอะไรแปลกๆ ผิดจากคนปกติ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้ - หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล - อารมณ์เปลี่ยนไปมา - กราบไหว้บ้อยโดยไม่มีเหตุผล - เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ ข้อที่ 6 พุดหรือบอกคนรอบข้างว่าเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้ - ทำตามภาพที่เห็นบอกให้ทำ - ทำท่าทางเหมือนโต้ตอบกับใคร
--	---

การแปลผลและการให้คะแนน

การให้คะแนน แบบสังเกตอาการด้านจิตใจทั้งหมด 6 ข้อ โดยสังเกต/สัมภาษณ์ญาติให้คะแนน

ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0 คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1 คะแนน

การแปลผล: มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

การให้คะแนนและการแปลผล

การให้คะแนน แบบสังเกตอาการด้านจิตใจทั้งหมด 6 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

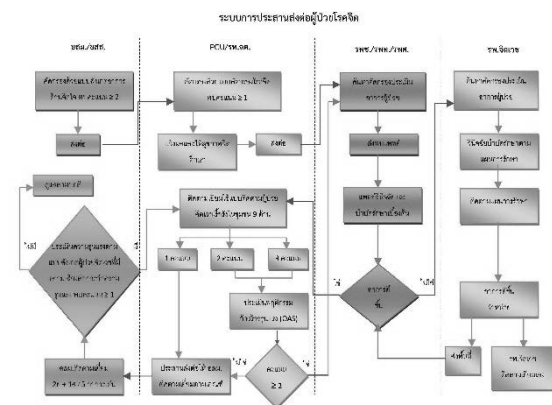
ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

การแปลผล

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ใบความรู้ 2

แนวทางการประสานส่งต่อผู้มีอาการด้านจิตใจ

- อสม. คัดกรองอาการด้านจิตใจเบื้องต้น โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- กรณีมีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน
- กรณีมีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิตที่ รพ.สต.
- พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิต ได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินซ้ำ และส่งพบแพทย์
- แพทย์ทำการวินิจฉัยอาการว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ ในกรณีรักษาไม่ได้ ให้ส่งพบจิตแพทย์ตามระบบการส่งต่อ เพื่อทำการรักษาจนอาการสงบ

- เมื่ออาการทางจิตสงบ จิตแพทย์ส่งผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องในพื้นที่ (รพช./ รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข)
- พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม./ อสส./ อสค./ จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต
- อสม. เฝ้าระวัง สังเกตอาการและประสานส่งต่อเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ


บทบาทสหวิชาชีพในระบบบริการโรคจิต

หัวข้อ	GP	พยาบาลใน OPD ที่ดูแลกลุ่มเสี่ยง	พยาบาลใน คลินิกจิตเวช	พยาบาลใน IPD	พยาบาลใน ER	พยาบาลใน รพ.สต.	อสม.
ความเชื่อและความเข้าใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ค้นหาคัดกรอง	-	✓	-	-	-	✓	✓
ประเมินอาการ	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษา	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
วินิจฉัยโรคและรักษาด้วยยา	✓	-	-	-	-	-	-
ประเมินติดตามดูแลต่อเนื่อง	✓	-	✓	-	-	✓	✓
ติดตามการรักษาในชุมชน	-	-	✓	-	-	✓	✓
เฝ้าระวังการกลับซ้ำ	✓	-	-	-	-	✓	✓
เกณฑ์การส่งต่อ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
เสริมอาชีพในรายที่เรื้อรัง	-	-	-	-	-	✓	✓

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิต
- ปรับความเข้าใจและทัศนคติในโรคจิต
- การค้นหาคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต
- ประสานและส่งต่อกรณีที่สูงสี่ยงผิดปกติ
- การติดตามดูแลต่อเนื่อง
- เฝ้าระวัง สังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำ



สาระสำคัญของ
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต
พ.ศ.2551

อสม.ไทย
รู้ใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
เพื่อ พิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย





สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ใบความรู้ 3

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

วัตถุประสงค์ เพื่อ...

๑. คัดกรองสังคมจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและมีภาวะอันตราย

๒. ในขณะที่เดียวกันเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกวิธี เหมาะสมตามหลักสิทธิมนุษยชน

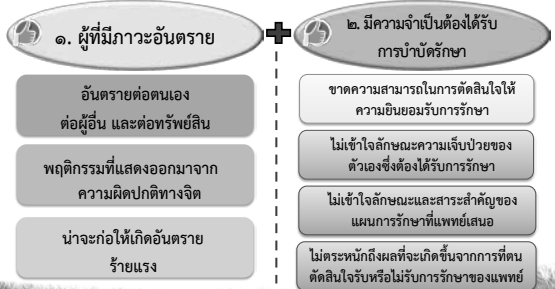


สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและคุ้มครองสังคมจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิ ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษาและการคุ้มครอง ให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกวิธีเหมาะสมตามหลักสิทธิมนุษยชน

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑



บุคคลที่มีความผิดปกติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้แก่ บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิต ที่น่าก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา คือ ผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตรายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เข้าใจแผนการบำบัดรักษารวมถึงไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิเสธการบำบัดรักษาของแพทย์

กรณีศึกษา

ลักษณะอาการของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตราย และมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

ได้แก่...



(ยกตัวอย่าง กรณีศึกษา ดังรูปภาพที่ใช้ประกอบ)



ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

1. สังเกต และเฝ้าระวังความผิดปกติทางจิต ตามอาการสำคัญ ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ แต่งกายแปลกกว่าคนปกติ ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น หรืออยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น

2. หากพบว่ามีอาการตามข้อ 1 ที่รุนแรง และมีภาวะอันตราย ให้แจ้งกับ พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่

- บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
- บุคลากรทางการแพทย์ ใน รพ.สต./ สอ./ รพช
- กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.
- พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 1669 หรือ มูลนิธิฯ

เพื่อนำส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา ซึ่งสามารถส่งไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษาที่ใกล้เคียง



บทบาทของ อสม. ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต

1. คอยสอดส่องพฤติกรรม สังเกตและเฝ้าระวังผู้ที่มีความผิดปกติในชุมชนสังเกตได้จากการออกคัดกรอง สังเกตด้วยตนเองและจากข่าวสารที่คนในชุมชนพูดคุยกัน เมื่อพบผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้แก่ชุมชนสร้างความเข้าใจให้แก่ชุมชนในการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิต



สิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้
กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิ ดังนี้

มาตรา 15 :

1. ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทาง
การแพทย์
2. ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
และการบำบัดรักษาเป็นความลับ (มาตรา 16 การ
เปิดเผยข้อมูลจะกระทำได้ก็ต่อเมื่อเกิดกรณี (1) เกิด
อันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น (2) เพื่อความปลอดภัย
ของสาธารณชน (3) มีกฎหมายเฉพาะให้ต้องเปิดเผย)
3. ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามมาตรา 20
4. ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพ
และประกันสังคมและระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาค
และเท่าเทียมกัน

สิทธิผู้ป่วย

มาตรา ๑๗ การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย	กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
มาตรา ๑๘ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมอง ระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่น อาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร	กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๑๙ การทำหมันผู้ป่วย	กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัด อาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
มาตรา ๒๐ การท้าวใจใจโต ต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๒๑ การท้าวใจใจโต ต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

สิทธิผู้ป่วย (ต่อ)

มาตรา 17 : การบำบัดด้วยการผูกมัดกักบริเวณ
หรือแยกผู้ป่วย

กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิด
อันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น
ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษา
ตามมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรา 18 : การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การ
กระทำต่อสมองระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่นอาจมี
ผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดย
รับทราบเหตุผลความจำเป็นความเสี่ยงที่จะเกิด
ภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อ
ประโยชน์ ของผู้ป่วย หากไม่บำบัดอาจอันตรายถึงชีวิต
ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการ
สถานบำบัดรักษา

	มาตรา 19 : การทำหมั้นผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดย รับทราบเหตุผลความจำเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา มาตรา 20 : การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือและต้อง ผ่าน ความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการ เกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้
	ใบความรู้ 4 สาริตการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ 1. ชี้แจงการคัดกรองอาการด้านจิตใจให้กับ กลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือและสร้างความ เข้าใจ ความสำคัญของการคัดกรอง ดังตัวอย่างการ ชี้แจง ดังนี้ "อาการด้านจิตใจเป็นสัญญาณเบื้องต้นของการ เจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากทำงานของ สมองที่ผิดปกติมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ควบคุมพฤติกรรมตัวเอง ไม่ได้ อาจส่งผลให้คนอื่นไม่เข้าใจเรา ถ้ารีบคัด กรองแล้วเจอเร็ว รักษาเร็วก็จะทำให้สมองของเรา สามารถกลับมาทำงานได้ดีขึ้นค่ะ/ ครับวันนี้....ดิฉัน/ ผมจึงมาเพื่อทำการคัดกรองอาการด้านจิตใจ ถ้า สงสัยว่ามีอาการด้านจิตใจเราจะได้หาวิธีการ ช่วยเหลือกันทันค่ะ/ ครับ" "ดังนั้นวันนี้ดิฉัน/ผม.... จึงขออนุญาตทำการ สัมภาษณ์แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการ สัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป" 1. กรณีที่ได้รับอนุญาต ให้ใช้แบบสังเกตอาการด้าน จิตใจ เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง ระยะเวลาที่กำหนด 2. ให้ถามทีละข้อคำถาม โดยเว้นจังหวะ ในแต่ละ อาการ 3. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ

	ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจด้วยตนเอง 4. ถามให้ครบทุกข้อเมื่อได้คำตอบให้แปลผลคือ - มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ - มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำ ภายใน 1 เดือน - มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป 5. การดำเนินการภายหลังจากคัดกรองแล้วให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเบื้องต้น มีขั้นตอนดังนี้ 1) แจ้งผลการคัดกรองอย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น “จากผลการคัดกรองพบว่า (ชื่อ).....มีอาการด้านจิตใจเป็นสัญญาณเบื้องต้นของการเจ็บป่วยทางจิตเวชซึ่งเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติได้ ถ้าจะให้แน่ใจต้องให้พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ตรวจสอบอีกครั้ง ซึ่งอาจจะไม่เป็นโรคนี้อีกได้” 2) ประเมินความรู้เดิมของผู้ได้รับการคัดกรองว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตมากน้อยเพียงใดโดยการถามและรับฟัง เช่น “ไม่ทราบว่าคุณ.....เคยได้ยินไหมว่าโรคจิตหมายถึงอะไรและมีอาการอย่างไรคะ/ ครับ” 3) ถ้าผู้ได้รับการคัดกรองตอบว่า“เคยได้ยิน” ให้ถามต่อว่า “ได้ยินจากไหนคะ/ ครับ” ให้ผู้รับการคัดกรองตอบแหล่งที่มาที่เคยได้ยิน จากนั้นถามต่อว่า “ที่เคยได้ยินมา พอจะจำได้มั้ยว่าโรคนี้อะไร”
--	--

	จากนั้นให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่จำเป็นในส่วนที่ผู้รับการคัดกรองขาด หรือที่ผู้รับการคัดกรองเข้าใจคลาดเคลื่อน 4) ถ้าผู้ได้รับการคัดกรองตอบว่า “ไม่เคยได้ยิน” ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้รับการคัดกรอง เช่น “โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของสารในสมอง หรือการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ที่ เป็นมีความคิดผิดปกติ หลงผิด หูแว่ว.....ได้” “โรคจิตสามารถรักษาให้หายได้ หากป่วยเป็นครั้งแรก แล้วกินยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง” 5) ตรวจสอบความเข้าใจและแสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับการคัดกรอง เช่น “เป็นยังไงบ้างคะ/ครับ หลังจากทราบว่าตัวเองมีแนวโน้มที่จะป่วย หรือสงสัยว่าเป็นโรคจิตแล้วรู้สึกยังไงบ้าง” 6) เน้นว่าการคัดกรองนี้บอกได้แค่ว่ามีอาการด้านจิตใจซึ่งเป็นเพียงแนวโน้มหรือสงสัยเป็นโรคจิต ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นโรคจิตจริงๆ อาจจะเป็นหรือไม่เป็นก็ได้ ต้องไปรับการประเมินเพิ่มเติม และส่งตรวจวินิจฉัยโรคกับแพทย์ จึงจะทราบว่า เป็นโรคจิตหรือไม่ และมีความรุนแรงระดับใด 7) แนะนำให้ไปรับการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิตกับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการไปรับการตรวจประเมิน “ไปรับการตรวจประเมินจากพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข เพื่อที่จะทราบว่า ชื่อ...มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่ เพื่อประโยชน์ในการดูแลตัวเองและสามารถรักษาได้ทันทั่วๆไป ก่อนที่โรจะเป็นมากขึ้น หรือถ้าไม่เป็นก็จะสบายใจ” 8) บันทึกชื่อ นามสกุลของผู้ที่ได้รับการคัดกรองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดด้านจิตใจ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลช่วยเหลือและติดตามไปรับการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิตต่อไป
--	--

	9) กรณีที่ได้ข้อมูลจากการสอบถามว่าผู้ที่สงสัยมีอาการด้านจิตใจอาจจะไม่ไปตามคำแนะนำ ให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.โดยตรงเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป
ใบงาน 1 *****1."วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 3"คน"ฝึกปฏิบัติการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ"โดยแสดงบทบาทสมมติในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ"ซึ่งแบ่งบทบาทดังนี้ คนที่"1 เป็นผู้คัดกรอง"(อสม.) คนที่"2 เป็นผู้ถูกคัดกรอง คนที่"3 เป็นผู้สังเกตการณ์ *****2."หลังฝึกการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจเสร็จ"ผู้สังเกตการณ์"feedback *****3."ให้ผู้เข้าอบรมสลับบทบาทกันจนครบ	ใบงาน 1 ฝึกใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ 1. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 3 คน ฝึกปฏิบัติการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ โดยแสดงบทบาทสมมติในการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งบทบาทดังนี้ คนที่ 1 เป็นผู้คัดกรอง (อสม.) คนที่ 2 เป็นผู้ถูกคัดกรอง คนที่ 3 เป็นผู้สังเกตการณ์ 2. หลังฝึกการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจเสร็จ ผู้สังเกตการณ์ feedback 3. ให้ผู้เข้าอบรมสลับบทบาทกันจนครบ



การติดตามเฟียร์วัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

แผนการสอนที่ 3

การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เวลา 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาสาระ

1. ความสำคัญของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และการจัดการ
3. แนวทางประเมินอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำ (5 red flags)
4. แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
5. การจัดการพฤติกรรมรุนแรง
6. การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า “ท่านมีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่/ อย่างไร” “ท่านคิดว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตควรเยี่ยมต่อเนื่องหรือไม่/ เพราะอะไร”	
กลุ่มใหญ่ เวลา 30 นาที	2. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ 1 ในประเด็น ดังนี้ 2.1 ความสำคัญของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 2.2 เครื่องมือการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน - แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และ วิธีการจัดการ - แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags) - วิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคจิตสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล และ อสม.	ใบความรู้ 1

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	- แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 2.3 แนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคจิตในภาวะฉุกเฉิน 2.4 การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล 3. วิทยากรสาธิตการใช้เครื่องมือ 3 ประเภท ตามใบความรู้ 2	ใบความรู้ 2
กลุ่มย่อย 3 คน เวลา 60 นาที	4. หลังชมการสาธิต วิทยากรให้ผู้เข้าอบรม แบ่งกลุ่มย่อย 3 คน ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือตามใบงาน 1	ใบงาน 1
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	5. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงผลการฝึกปฏิบัติ สรุป อภิปรายซักถาม	

แผนการสอนที่ 3 แนวทางการติดตาม เฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	แผนการสอนที่ 3 แนวทางการติดตาม เฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
ความสำคัญของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการกำเริบ"ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย"ครอบครัว"หรือชุมชน"ในบางรายอาจจะไปก่อความรุนแรง"หรือก่ออันตรายให้กับบุคคลอื่นหรือชุมชน"จึงจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือ"ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง"	ใบความรู้ 1 ความสำคัญของการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตต่อเนื่องในชุมชนไม่เพียงแต่ควบคุมอาการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการกลับเป็นซ้ำ คือ การขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด หรือขาดผู้ดูแล รวมทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงในชุมชน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการกำเริบ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชน ในบางรายอาจจะไปก่อความรุนแรง หรือก่ออันตรายให้กับบุคคลอื่นหรือชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง



กรมสุขภาพจิต

การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การเฝ้าระวัง ดูแลทางสุขภาพจิตภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อสม./ออส./ อสค./ และจิตอาสา ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ที่อาจทำให้อาการกลับเป็นซ้ำ
- แนวโน้มการก่อความรุนแรง
- ดูแลและช่วยเหลือ และส่งต่อ
- จัดการความเครียดสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล

การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การเฝ้าระวัง ดูแลทางสุขภาพจิต ภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ อสม./ ออส./ อสค./ และจิตอาสา ร่วมกับ บุคลากรสาธารณสุขดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ที่อาจทำให้อาการกลับเป็นซ้ำ
- แนวโน้มการก่อความรุนแรง
- ดูแลและช่วยเหลือ และส่งต่อ
- จัดการความเครียดสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล



กรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต

บทบาทของผู้ดูแลในชุมชน

1. **ญาติ** ควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย"ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง"และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม"ลด"หรือหยุดยา

2. **อสม./ ออส./ อสค. และ จิตอาสา** ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต"โดยใช้เครื่องมือการติดตามเยี่ยม" เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

บทบาทของผู้ดูแลในชุมชน

1. **ญาติ** เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นญาติจึงควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยา

2. **อสม./ ออส./ อสค. และ จิตอาสา** เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต โดยใช้เครื่องมือการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน		
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา
2. ญาติ/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้

เครื่องมือการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

1 แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) โดยปัจจัยเสี่ยงที่อาสาสมัครสาธารณสุข ต้องประเมินสัญญาณเตือนที่บ่งบอกการกำเริบซ้ำ มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ดังนี้

1.1 การรับประทานยา โดยให้ อสม. ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างไร

- ไม่รับประทานยา
- รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

 การแปลผล แบ่งระดับความรุนแรงเป็น"3"ระดับ"ดังนี้" 1."ระดับความรุนแรงต่ำ"(สีเขียว)"ยาตี-ญาติดี-ไม่ใช้สารเสพติด" อสม."ติดตามเยี่ยมภายใน"1"เดือนเพื่อให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย 2."ระดับความรุนแรงปานกลาง"(สีเหลือง)"มี"อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี"อสม."พร้อมเจ้าหน้าที่"รพ.สต."ติดตามเยี่ยมภายใน"15"วัน"เพื่อประเมินซ้ำ 3."ระดับความรุนแรงสูง"(สีแดง)"ผู้ป่วยจิตเวช"ยาไม่ตี-ญาติไม่ดี-ใช้สารเสพติด"อสม."แจ้งเจ้าหน้าที่"รพ.สต."ลงประเมินซ้ำ"เพื่อแก้ไขปัญหา	- รับประทานยาสม่ำเสมอ 1.2 ญาติ/ ผู้ดูแล โดย อสม.ประเมินว่าผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลหรือไม่ - มีปัญหาในการดูแล/ ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ ผู้ดูแลสูงอายุ/ ผู้ดูแลขาดศักยภาพ - ไม่มีปัญหาในการดูแล 1.3 การใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ) โดย อสม. ประเมินเรื่องการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย - ใช้ประจำ - ใช้บ้าง - ไม่ใช้ การแปลผลแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติ/ ผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิด เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับความรุนแรงต่ำ (สีเขียว) ยาตี-ญาติดี-ไม่ใช้สารเสพติด อสม. ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือนเพื่อให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย 2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) มีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี อสม. พร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมภายใน 15 วัน เพื่อประเมินซ้ำ 3. ระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) ผู้ป่วยจิตเวช ยาไม่ตี-ญาติไม่ดี-ใช้สารเสพติด อสม. แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงประเมินซ้ำ เพื่อแก้ไขปัญหา
--	--

วิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำผู้ป่วยโรคจิตสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล และ อสม.		วิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล และ อสม.	
หัวข้อการประเมิน	วิธีการจัดการสำหรับ อสม./ ญาติ		
1. การรับประทานยา	- ประเมินว่าการไม่กินยาเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือ ปฏิเสธการเจ็บป่วย - ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา - ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย	1. การรับประทานยา - ประเมินว่าการไม่กินยาเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือ ปฏิเสธการเจ็บป่วย ให้ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยในการรับประทานยา เช่น ให้รางวัล/ ชื่นชม เป็นต้น - ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย	
2. ญาติ/ ผู้ดูแล	- ส่งต่อข้อมูล - การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ	2. ญาติ/ ผู้ดูแล	
☐ ขาดญาติ/ผู้ดูแล		กรณี ขาดญาติ/ ผู้ดูแล/ มีปัญหาในการดูแล - ให้ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน - การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ	
☐ มีปัญหาในการดูแล	- เผื่อระวัง สังเกตอาการ	กรณี ไม่มีปัญหาในการดูแล - เผื่อระวัง สังเกตอาการ	
☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล		3. การใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ) - แนะนำญาติเรื่อง การลด/ เลิกใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	
3. การใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)	- แนะนำญาติเรื่อง การลด/ เลิกใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	กรณีใช้สารเสพติดประจำหรือใช้เป็นบางครั้ง - อสม. ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน	

แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)			2 แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags) บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำ มี 5 อาการเตือน ดังนี้	
อาการเตือน	มี	ไม่มี		
1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ			1. ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ	
1. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ			2. เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ	
2. พูดจาคนเดียว : พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว			3. พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว	
3. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว			4. หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว	
5. เทียบหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง			5. เทียบหวาดระแวง: มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง	
การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป			การแปลผล: กรณีพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป	

แบบสังเกต

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล..... เพศ () หญิง () ชาย อายุ..... ปี
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **มี** หรือ **ไม่มี** ตามสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรงที่ได้จากการสังเกต/ สัมภาษณ์ ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน

สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง	มี	ไม่มี
1. ชีตชวนหรือริตตัวเองเป็นรอยแผล		
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนคำดูอันตรายด้วยคำหยาบคายรุนแรง		
3. ช่มชู้จะทำร้ายผู้อื่น		
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ		
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุผล		
6. รือหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย		
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก		

การแปลผล:

มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม.แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

การแปลผลและการให้คะแนน

การให้คะแนน แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งหมด"7"ข้อ""โดยสังเกต/สัมภาษณ์ญาติให้คะแนน"

ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0 คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1 คะแนน

การแปลผล: มีสัญญาณเตือน"1"ข้อขึ้นไป"หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง"ให้"อสม."แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

3 แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี
ที่ตรงกับสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง (ภายใน
ช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน) ซึ่งได้จากการสังเกต/
สัมภาษณ์

1. ชัดชวนหรือกริดตัวเองเป็นรอยแผล
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนคำผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย
แรง
3. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุสมผล
6. รื้อหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก

การแปลผลและการให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

การแปลผล: มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ปฏิบัติ จำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วย แสดงออก เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่ง สามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย
2. การจัดการทางกายภาพ

ใบความรู้ 3

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การใช้ความ พยายามที่จะทำร้ายบุคคลอื่นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ถูกรกระทำได้รับความเจ็บปวด การบาดเจ็บ ความอับอาย ความเสียใจ

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ปฏิบัติ จำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละ สถานการณ์ และจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อให้การจัดการนั้น มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร สงบ พยายามอย่าไปพูดจายั่วผู้ป่วย จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย

1.2 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พูดช้าๆ เนื้อหาชัดเจนและหลีกเลี่ยงการตอบรับหรือ ปฏิเสธเงื่อนไข/ ข้อต่อรองของผู้ป่วย ไม่ได้เถียง ไม่ ตัดสินความคิดความรู้สึกและไม่พูดชมเชย

ในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเข้าไปติดต่อกับ ผู้ป่วย โดยพิจารณาระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความ ปลอดภัย อยู่ห่างกับผู้ป่วยพอควร ไม่ควรเข้าใกล้ผู้ป่วย มากเกินไป ควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต ivot การรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่ควรเข้าไปติดต่หรือจัดการกับผู้ป่วยตามลำพัง ควร มีบุคคลที่พร้อมจะขอความช่วยเหลืออยู่ในบริเวณนั้นด้วย

2. การจัดการทางกายภาพ

2.1 การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์/ ผู้อื่น เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น จัดให้อยู่ที่เงียบ สงบ ลดสิ่งกระตุ้นจากแสง เสียง สี และผู้อื่น

	2.2 การจำกัดพฤติกรรม เป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่วนใหญ่แล้วนิยมจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายสามารถประยุกต์ใช้ได้สถานบริการทุกแห่ง																
 สาธิตการใช้ แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)	ใบความรู้ 4 สาธิตการใช้เครื่องมือ 1. แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) สวัสดีค่ะ วันนี้.....ผม/ ดิฉัน มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อขอสัมภาษณ์และติดตามอาการผู้ป่วยว่าหลังกลับมาอยู่บ้านแล้วผู้ป่วย กินยาอย่างไรบ้าง มีผู้ดูแลหรือเปล่า ผู้ดูแลต้องการให้ช่วยเหลืออะไรไหม และผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ ซึ่งการที่ ผม/ ดิฉัน ต้องมาพูดคุยในประเด็นดังกล่าวเพราะว่า เรื่องการกินยา ญาติ และสารเสพติด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบซ้ำ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่สัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ต่อไป” เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกข้อให้การแปลผลเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ ตลอดจนแนะนำวิธีการจัดการตามประเด็นปัญหาที่พบในเรื่องยา ญาติ และสารเสพติด <table border="1" data-bbox="810 1612 1423 1921"> <thead> <tr> <th>หัวข้อการประเมิน</th><th colspan="3">แนวทางการประเมิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การกินยา</td><td>☐ ไม่กินยา</td><td>☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ</td><td>☐ กินยา</td></tr> <tr> <td>2. ญาติ / ผู้ดูแล</td><td>☐ ขาดผู้ดูแล</td><td>☐ มีปัญหาในการดูแล</td><td>☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล</td></tr> <tr> <td>3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ย/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)</td><td>☐ ใช้ประจำ</td><td>☐ ใช้บ้าง</td><td>☐ ไม่ใช้</td></tr> </tbody> </table>	หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน			1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา	2. ญาติ / ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล	3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ย/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้
หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน																
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา														
2. ญาติ / ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล														
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ย/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้														

	2. แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags) สวัสดีค่ะ วันนี้.....ผม/ ดิฉัน มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อขอสัมภาษณ์และติดตามอาการผู้ป่วยว่าหลังจากกลับมาอยู่บ้านแล้วผู้ป่วยไม่หลับไม่นอนหรือเปล่า เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว หรือเที่ยวหวาดระแวงบ้างไหม ซึ่งการที่ ผม/ ดิฉัน ต้องมาพูดคุยในประเด็นดังกล่าวเพราะว่าสิ่งต่างๆที่บอกนั้นเป็นอาการเตือนที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะกลับมาป่วยซ้ำได้ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป” เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกข้อให้แปลผล กรณีพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่ง ให้ อสม. แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป <table><tr><th>อาการเตือน</th><th>มี</th><th>ไม่มี</th></tr><tr><td>1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. พูดจาคนเดียว : พูด ย้ำ หัวเราะคนเดียว</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. เที่ยวหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามคอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง</td><td></td><td></td></tr></table>	อาการเตือน	มี	ไม่มี	1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ			2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ			3. พูดจาคนเดียว : พูด ย้ำ หัวเราะคนเดียว			4. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว			5. เที่ยวหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามคอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		
อาการเตือน	มี	ไม่มี																	
1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ																			
2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ																			
3. พูดจาคนเดียว : พูด ย้ำ หัวเราะคนเดียว																			
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว																			
5. เที่ยวหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามคอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง																			

	3. แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง “วันนี้ ดิฉัน/ ผม....จึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป” 6. กรณีที่ได้รับอนุญาต ให้ใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด 7. ให้ถามทีละข้อคำถาม โดยเว้นจังหวะในแต่ละอาการ 8. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง 9. ถามให้ครบทุกข้อ 10. เมื่อได้คำตอบให้แปลผลคือ มีคะแนนรวมได้ 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่ามีแนวโน้มก่อความรุนแรง 11. การดำเนินการภายหลังจากสัมภาษณ์/ ประเมินแล้วให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้นแก่ญาติ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) แจ้งผลการประเมินอย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น “จากผลการประเมินพบว่า (ชื่อ).....อาจจะมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะก่อความรุนแรงถ้าจะให้แน่ใจต้องให้พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ รพ.สต. ประเมินซ้ำอีกครั้งด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ในระหว่างนี้ให้ญาติเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ ตลอดจนไม่ควรพูดจาหรือมีท่าทีช่วยผู้ป่วย” 2) บันทึกชื่อ นามสกุล ของผู้ที่ได้รับสังเกต/ สัมภาษณ์ ประเมินที่สงสัยมีแนวโน้มก่อความรุนแรง เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินแนวโน้มนำการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยแบบประเมิน OAS และให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป
--	--

 ใบงาน 1 *****1. วิทยาการให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย"กลุ่มละ"3"คน"ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือโดยแสดงบทบาทสมมติในการคัดกรองซึ่งแบ่งบทบาทดังนี้ คนที่"1 เป็นผู้ประเมิน"(อสม.) คนที่"2 เป็นผู้ถูกประเมิน คนที่"3 เป็นผู้สังเกตการณ์ *****2."หลังฝึกการใช้เครื่องมือเสร็จ"ผู้สังเกตการณ์"feedback *****3."ให้ผู้เข้าอบรมสลับบทบาทกันจนครบ	ใบงาน 1 ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ดังต่อไปนี้ 1. แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และวิธีการจัดการ 2. แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags) 3. แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีขั้นตอนการฝึกปฏิบัติดังนี้ 1. วิทยาการให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3 คน ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือโดยแสดงบทบาทสมมติในการคัดกรอง ซึ่งแบ่งบทบาทดังนี้ คนที่ 1 เป็นผู้ประเมิน (อสม.) คนที่ 2 เป็นผู้ถูกประเมิน คนที่ 3 เป็นผู้สังเกตการณ์ 2. หลังฝึกการใช้เครื่องมือเสร็จ ผู้สังเกตการณ์ feedback 3. ให้ผู้เข้าอบรมสลับบทบาทกันจนครบ
 การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล 1."บอกเล่าระบายความทุกข์ใจหรือปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ 2."คิดถึงสิ่งดีๆที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย 3. ให้โอกาส"ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำ 4."ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง"ครอบครัว"มองว่าญาติผู้ป่วยอื่นก็มีความทุกข์เช่นกัน 5."มีความหวัง"ให้กำลังใจตนเอง 6."ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง 7."ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ 8."ช่วงที่ญาติมีความเครียดสูงมากให้ปรึกษาทีมจิตเวช	ใบความรู้ 5 การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือกำเริบซ้ำ มีพฤติกรรมที่ไม่แน่นอน ซึ่งญาติเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดกับญาติหรือทุกคนในบ้าน จึงมีแนวทางการจัดการความเครียดของญาติ ดังนี้ 1. บอกเล่าระบายความทุกข์ใจหรือปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ เพื่อค้นหาสาเหตุ และร่วมวางแผนแก้ไข ปัญหาเบื้องต้น 2. คิดถึงสิ่งดีๆที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยขณะที่อาการทางจิตสงบ เป็นปกติ

	3. ให้โอกาส ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำ ให้อภัย ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพราะมีอาการทางจิต 4. ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัwmองว่าญาติผู้ป่วยอื่นก็มีความทุกข์เช่นกัน การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ จะได้รับกำลังใจ ความรู้และวิธีการปรับตัวปรับใจได้ดีขึ้น 5. มีความหวัง ให้กำลังใจตนเอง “สักวันหนึ่งจะดีขึ้น” “รักษาเขาให้ดีขึ้น อย่าท้อแท้ ต้องอดทนต่อไป” 6. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น สวดมนต์ ฟังเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ 7. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เช่น ดูแลต้นไม้ ฟังเพลง 8. ช่วงที่ญาติมีความเครียดสูงมากจนรับไม่ไหว หรือส่งผลกระทบอย่างมากต่อตนเองและครอบครัว ควรปรึกษาทีมจิตเวชเพื่อขอรับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต หรือพิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว “เมื่อถึงจุดหนึ่งที่ฉันรับไม่ไหวต้องขอให้หมอช่วย เมื่อพร้อมแล้ว มีพลังกลับมาแล้ว ค่อยรับลูกที่ป่วยกลับมาดูแลเอง”
--	---



การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

แผนการสอนที่ 4

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

เวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ให้กับผู้ดูแลในชุมชนได้

เนื้อหาสาระ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิต จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถปรับตัว และพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ โดยการฝึกฝนและพัฒนาทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรเกริ่นนำ กล่าวเชื่อมโยงจากแผน 1-3 สุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า “จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมาใช้ชีวิตในครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสม อย่างไร”	
กลุ่มใหญ่ เวลา 25 นาที	2. วิทยากรบรรยายทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตได้ ตามใบความรู้ 1	ใบความรู้ 1
กลุ่มย่อย เวลา 15 นาที	3. วิทยากรแบ่งกลุ่มย่อย 8 -10 คน ระดมสมองกรณีศึกษา เรื่อง “พลังของหัวใจ”/ “อวสุณ”/ “ปม” (เรื่องใดเรื่องหนึ่ง) แล้วอภิปรายในประเด็นคำถาม ตามใบงาน 1	วีดิทัศน์เรื่อง “พลังของหัวใจ”/ “อวสุณ”/ “ปม”
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านใดบ้าง 2. ท่านมีแนวทางในการฟื้นฟูข้อบกพร่องเหล่านั้น อย่างไร 3. ท่านคิดว่าแหล่งช่วยเหลืออื่นที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยมีที่ใดบ้าง 4. วิทยากรสุ่มถามผลการฝึก สรุป และอภิปรายซักถาม	และใบงาน 1

	แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติหรือมีความบกพร่องน้อยที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถปรับตัว และพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ ซึ่งต้องเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในส่วนบทบาทของ อสม./ออส./อสค./ และจิตอาสา สามารถให้ความรู้ และสอนทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในด้านต่างๆ ได้ทั้ง 6 ด้าน
ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 1)"ทักษะการดูแลตนเอง" 2)"ทักษะทางสังคม" 3)"ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน" 4)"ทักษะการทำงาน" 5)"ทักษะการพักผ่อน" 6)"ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน"	ใบความรู้ 1 ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในด้านต่างๆ ได้ทั้ง 6 ด้าน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน การอาบน้ำ การรักษาความสะอาดผิวกายของเสื้อผ้า รู้จักการรับประทาน อาหาร และการรับประทานยาด้วยตนเอง เป็นต้น 2) ทักษะทางสังคม ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาททางสังคม และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ รู้จักสนใจตนเอง รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง และผู้อื่น รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม รู้จักผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง เช่น การเล่นเกม การระบายความคับข้องใจของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น 3) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ให้ถูกประเภท จัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักดูแลรักษาความสะอาดของเครื่อง

	นอน และเสื้อผ้าของตนเอง เป็นต้น 4) ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงาน โดยเริ่มจากงานง่ายๆที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น 5) ทักษะการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยนอนให้เป็นเวลา ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การปลูกต้นไม้ หรือการท่องเที่ยวตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ผิดวิธี เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ เป็นต้น 6) ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเดินทางอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ฝึกการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีและวันสำคัญทางศาสนาต่างๆในชุมชน
 ใบงาน 1 """"""ระดมสมองกรณีศึกษา"เรื่อง"“พลังของหัวใจ”/“อาวสุน”/“ปม”"(เรื่องใดเรื่องหนึ่ง)"แล้วอภิปรายในประเด็นคำถาม"ตามใบงาน 1 1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านใดบ้าง 2. ท่านมีแนวทางในการฟื้นฟูข้อบกพร่องเหล่านั้นอย่างไร 3. ท่านคิดว่าแหล่งช่วยเหลืออื่นที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยมีที่ใดบ้าง	ใบงาน 1 ระดมสมองกรณีศึกษา เรื่อง “พลังของหัวใจ”/ “อาวสุน”/ “ปม” (เรื่องใดเรื่องหนึ่ง) แล้วอภิปรายในประเด็นคำถาม ตามใบงาน 1 1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านใดบ้าง 2. ท่านมีแนวทางในการฟื้นฟูข้อบกพร่องเหล่านั้นอย่างไร 3. ท่านคิดว่าแหล่งช่วยเหลืออื่นที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยมีที่ใดบ้าง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับแพทย์ในเขตสุขภาพ. บริษัทพรอสเพอริส พลัส จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). บริษัท วิตอเรีย อิมเมจ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). คู่มือผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2554). หลักสูตรการอบรมโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรค จิตในสังคมไทย (ฉบับทดลองใช้). โครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร.
- อภิชัย มงคลและคณะ (2545).แบบคัดกรองโรคจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- Harvard School of Medicine. (2005). National Comorbidity Survey. National Comorbidity Survey.
- National Institutes of Mental Health. (2006).Schizophrenia: a detailed booklet that describes symptoms, causes, and treatments, with information on getting help and coping. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/summary.shtml>



ภาคผนวก

ผนวก ก

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

ผนวก ข

ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

ผนวก ค

แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม

ผนวก ง

รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

ผนวก ก
แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล..... เพศ () หญิง () ชาย อายุ.....ปี

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี ตามอาการที่ได้จากการสังเกต/
สัมภาษณ์ ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน

อาการที่พบเห็น	มี	ไม่มี
1. แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
2. แต่งตัวแปลกๆ สกปรกรกรุงรัง		
3. พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับคนอื่น		
4. หวาดระแวงโดยไม่สมเหตุผล		
5. ทำอะไรแปลกๆ ผิดจากคนปกติ		
6. พูดหรือบอกคนรอบข้างว่าเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น		

การแปลผล:

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำ
ภายใน 1 เดือน

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ
ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

แบบสังเกต

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล..... เพศ () หญิง () ชาย อายุ.....ปี

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี ตามสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรงที่ได้จากการสังเกต/ สัมภาษณ์ ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน

สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง	มี	ไม่มี
1. ชีตข่วนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล		
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคายรุนแรง		
3. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น		
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ		
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุผล		
6. รื้อหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย		
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก		

การแปลผล:

มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

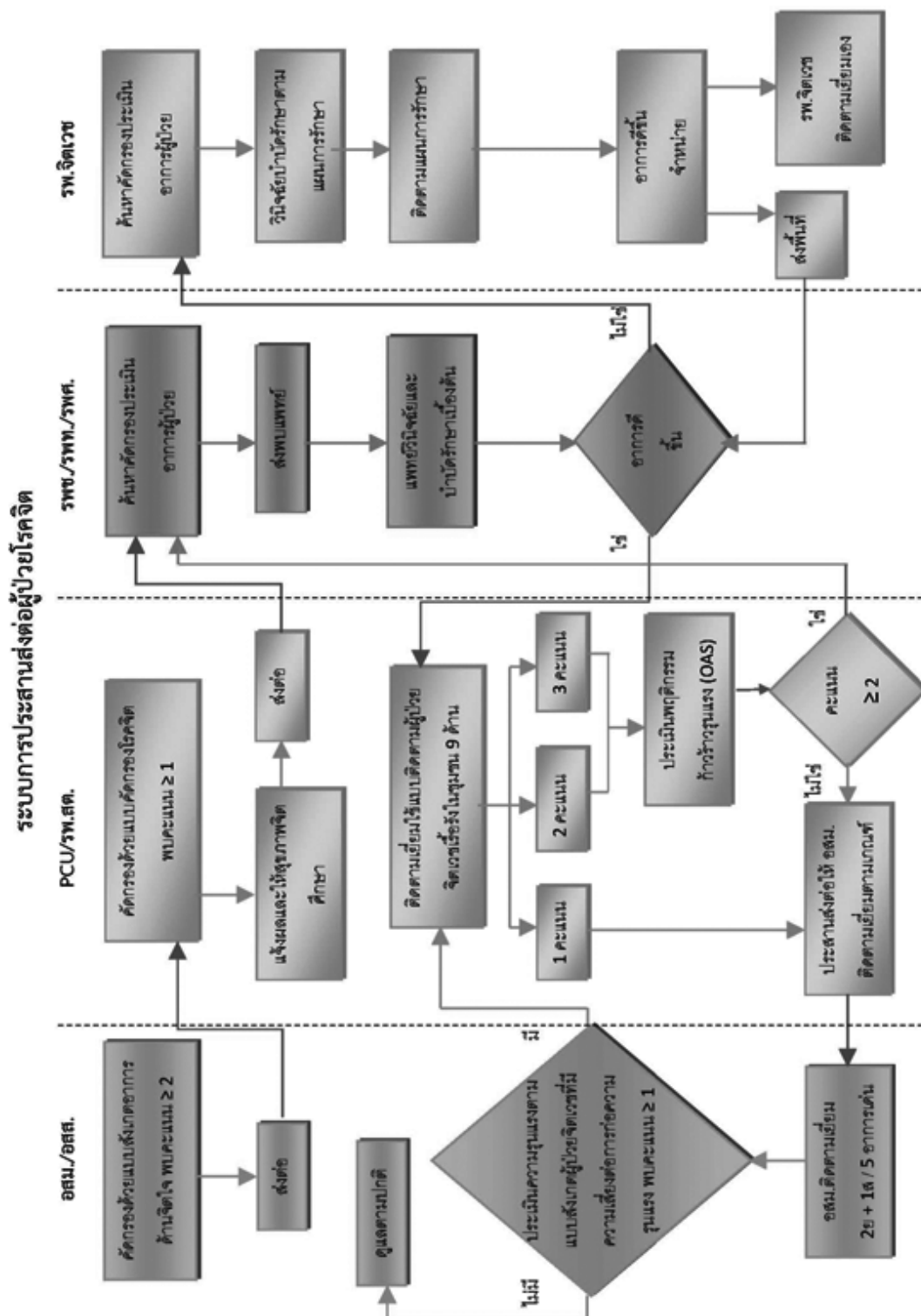
หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน		
4. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ	☐ กินยา
5. ญาติ/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหาในการดูแล	☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล
6. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้

แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

อาการเตือน	มี	ไม่มี
1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พูดจาคนเดียว : พูด ย้ำ หัวเราะคนเดียว		
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว		
5. เทียบหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อ

แผนวก ข



ผนวก ค

แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม

หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิต
 - ก. เป็นภาวะที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากปกติ การรับรู้ผิดปกติ ได้แก่ หูแว่ว
 - ☒ ข. เกิดจากสาเหตุทางความเครียดเป็นหลัก
 - ค. จะมีผลต่อการรักษา เพราะการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองบกพร่อง
 - ง. ควรแยกจากสาเหตุทางกายอื่นๆ
2. การใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจโรคจิต ข้อใดถูกต้องที่สุด
 - ก. แบบคัดกรองนี้ใช้ได้ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป
 - ข. ใช้สังเกตอาการภายใน 2 เดือน
 - ☒ ค. ถ้ามีอาการตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ถือว่าผลการคัดกรองเป็นบวก
 - ง. ถูกทุกข้อ
3. คำแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญคือ
 - ก. การอย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด
 - ข. ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนัก ควรพักผ่อนให้เต็มที่
 - ☒ ค. ควรกำกับดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตให้เหมือนคนปกติ
 - ง. ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น กินยาด้วยตนเอง
4. ข้อใดสำคัญสำหรับการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต
 - ก. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ให้หยุดยาแล้วไปพบแพทย์
 - ข. ถ้ามีคอแข็ง น้ำลายไหล ให้ไปพบจิตแพทย์เพื่อปรับยาทันที
 - ค. ถ้ามีปากขยับไปมา ให้ปรับยาแก้ตัวแข็งเพื่อลดอาการที่เป็น
 - ☒ ง. แนะนำการจัดการฤทธิ์ข้างเคียงด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต ได้แก่
 - ก. การใช้ยาเสพติด
 - ข. การขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ
 - ค. รับการรักษาแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น
 - ☒ ง. ถูกทุกข้อ

ผนวก ง

รายชื่อที่ปรึกษาวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1. น.ต. บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 2. นพ. พงศ์เกษม ไข่มุกด์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |

วิทยากร

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวอุษา ลิ้มชิว | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 5. นายวีร์ เมฆวิไลย์ | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

ผู้เข้าร่วมประชุม (ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 19-21 กันยายน 2560 ณ โรงแรมนารายณ์ สีส้ม กรุงเทพมหานคร)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. นางสาวเรณู อินตะพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแกด้า |
| 2. นางสาวพิชญา เหลียงพานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.หมู่ 3 บางคูรัด |
| 3. นางสาวระยอง มีดี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. สมสะอาด |
| 4. นางรุจิรา นันทกลาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีคิ้ว |
| 5. นางปิ่นพันธ์ สุขศรีพะเนา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว |
| 6. นางสาวมณฑา เขยขุนทด | อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ อำเภอสีคิ้ว |
| 7. นางลาวัลย์ เอี้ยงพังเทียม | อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ อำเภอสีคิ้ว |
| 8. นายณภัทร วรการอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรพ.จิตเวชนครราชสีมา |

ราชนครินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม (ระยะที่ 2 ระหว่างวันที่ 1-3 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมืองแอร์พอร์ต)

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. นางสาวเรณู อินตะพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแกด้า |
| 2. นางสาวพิชญา เหลียงพานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.หมู่ 3 บางคูรัด |
| 3. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางบัวทอง |
| 4. นางสาวราณี อาษาเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกรวย |
| 5. นางผดุงขวัญ แก้วจำรัส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านลานวัว |
| 6. นายณภัทร วรการอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรพ.จิตเวชนครราชสีมา |

ราชนครินทร์

คณะทำงานกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 2. นางสาวชวีภรณ์ เสี่ยงล้ำ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 3. นางสาวณิชาภา รัตนจันทร์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 4. ว่าที่ร้อยเอกกฤตเมธ ตุ่มฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ |
| 5. นางสาวมนัญญา เจริญตระกูล | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| 6. นางสาวสุวิมล อุเงิน | พนักงานพิมพ์ ส 3 |
| 7. นางสาววราภรณ์ อุทธาณิช | พนักงานพิมพ์ ส 3 |



คู่มือวิทยากร

หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข