

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร
การเข้าถึงบริการ
และดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต
สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข
ฉบับปรับปรุง 2560



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ : คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร
การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต
สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2560

จัดทำพิมพ์ เผยแพร่และสงวนลิขสิทธิ์โดย

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1	: กุมภาพันธ์ 2557	จำนวนที่พิมพ์	2,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2	: สิงหาคม 2557	จำนวนที่พิมพ์	2,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3	: มกราคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	3,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4	: ธันวาคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	500 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5	: กันยายน 2560	จำนวนที่พิมพ์	1,000 เล่ม
พิมพ์ที่	: บริษัท ดินาดู มีเดีย พลัส จำกัด		

(คำนำ)

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน โรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 2.8 หรือ 1.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2556 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตและโรคซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 50 และร้อยละ 33.34 ตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นการเข้าถึงบริการจิตเวชเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพขึ้นก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิตก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม

กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิต ระหว่างปี 2554-2555 โดยได้นำแนวทางโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทย และทดลองนำร่องในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งได้ผลเป็นน่าพอใจ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตจึงได้เริ่มกำหนดพื้นที่นำร่องในปีงบประมาณ 2557 และขยายผลให้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2560 โดยความร่วมมือกับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบเขตสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรมสุขภาพจิต โดยสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข” นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต และเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้เกิดคุณภาพ ส่งผลดีต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนต่อไป

น.ต.



(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

(สารบัญ)

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	ง
บทที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิต	1
• ความหมายของโรคจิต	3
• อาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท	3
• สาเหตุของโรคจิต	5
• การดำเนินโรคของโรคจิตเภท	7
• เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท	10
• โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท	10
• วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน	10
• พระราชบัญญัติสุขภาพจิต	11
บทที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต	24
• สภาพปัญหาของการดูแลรักษาโรคจิตของไทย	25
• รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต	28
• บทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและ ความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต	29
• ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยพึงได้รับ	31
บทที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา	32
• การคัดกรองโรคจิต	33
• การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา	42
บทที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น	50
• ยารักษาโรคจิต	51
• การใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคจิต	51
• การพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิต	52

บทที่ 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต	55
• แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต	56
• เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช	58
• การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน	61
• การเตรียมครอบครัวและชุมชน	62
บทที่ 6 การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	67
• การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพ	68
• ความสำคัญของการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ	69
• ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ	71
• การจัดการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ	72
• แนวทางการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	77
• บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	78
• การติดตามเยี่ยมบ้าน	92
• แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	94
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	
• ตัวอย่างยารักษาอาการทางจิต	100
• แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ	106
• แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	107
• แบบคัดกรองโรคจิต	108
• แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	110
• แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	114
• แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ (บส.08)	116
• รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน	118

(บทนำ)

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข พัฒนาขึ้นโดยใช้ฐานองค์ความรู้จากโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย

ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อให้พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างครบวงจร คู่มือวิทยากรหลักสูตรนี้ มีแผนการสอนทั้งสิ้น 6 แผนการสอน กระบวนการฝึกอบรมมีทั้งภาคทฤษฎี ประกอบด้วย การบรรยาย การชมวีดิทัศน์กรณีศึกษา การแบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย และภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การสาธิตและการแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตสุขภาพได้

2. เนื้อหา

บทที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องโรคจิต และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

บทที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและบทบาทของสหวิชาชีพ

บทที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะ ในประเด็น ดังนี้

1. การค้นหา การคัดกรอง และการประเมินระดับความรุนแรงอาการโรคจิตในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีอาการโรคจิตได้อย่างถูกต้อง
2. การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในประเด็น ดังนี้

1. การรักษาโรคจิตเภทด้วยยา
2. ผลข้างเคียงของยา
3. การช่วยเหลือเบื้องต้น

บทที่ 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

บทที่ 6 การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต ในชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และมีทักษะในประเด็น ดังนี้

1. การดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
2. การติดตามและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน : การจัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับอาการ แนวทางการดูแลช่วยเหลือ จำแนกตามกลุ่มอาการ
3. บทบาทของพยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) อสม./อสส./อสค.และญาติ/ผู้ดูแล
4. เครื่องมือ/แบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
5. ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. วิถีทัศน์ประกอบการฝึกอบรม

บทที่	ชื่อเรื่อง	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์
1	เรื่องราวของคุณสมจิต คุณสุมาลี	10 นาที	เพื่อปรับทัศนคติผู้เข้ารับ การอบรม
3	การคัดกรองด้วย แบบคัดกรองโรคจิต/ เมื่อลูกของเราเปลี่ยนไป (น้องฟ้า)	10 นาที 16 นาที	● เพื่อให้เข้าใจ พูดคุยปรับ ทัศนคติ คัดกรองและแจ้ง ผลการคัดกรองได้ ● เพื่อรู้จักอาการและ อาการแสดงออกของ โรคจิต
	การให้สุขภาพจิตศึกษา	10 นาที	เพื่อให้ความรู้และสามารถทำ สุขภาพจิตศึกษาได้
4	การติดตามผลการรักษา และการขาดยา	10 นาที	เพื่อให้สามารถติดตาม การรักษาจากการขาดยา

หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)
 ตารางการอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต
 สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

ว.ด.ป.	เช้า		บ่าย		
วันที่ 1	- ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต - พรบ.สุขภาพจิต (2 ชม.)	ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต (1 ชม.)	การคัดกรอง การแจ้งผล การคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา (1 ชม. 30 นาที)	ฝึกปฏิบัติ - การคัดกรอง - การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา (2 ชม.)	
วันที่ 2	ยาจิตเวชและผลข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น (1 ชม. 30 นาที)	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต (1 ชม. 30 นาที)	การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน (1 ชม.)	ฝึกปฏิบัติ - การใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) (1 ชม.)	อภิปรายซักถามและปิดการประชุม

(บทที่ 1)

ความรู้เรื่องโรคจิต

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องโรคจิต และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

เนื้อหาสาระ

1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต
 - ความหมายของโรคจิต
 - อาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - สาเหตุของโรคจิตเภท
 - การดำเนินโรคจิตเภท
 - เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท
 - โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท
 - วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน
2. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต
 - หลักการของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต
 - ลักษณะของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต
 - แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา
 - แนวทางปฏิบัติในการบำบัดรักษาผู้ป่วย
 - กรณศึกษาผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

ความรู้เรื่องโรคจิต

สมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้รับรอง “โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต: ขยายบริการสำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด (mhGAP- Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders)” เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกหนึ่งขององค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักว่าปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตยังเป็นปัญหาสำคัญ แม้ว่าปัจจุบันนี้จะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพ มีรูปแบบการจัดการที่ได้ผลและมีการบำบัดทางจิตสังคมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติอีกครั้ง แต่ยังพบว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตยังมีน้อย กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินโครงการนำร่องลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยของโรคทางจิตเวชที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ โดยการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตในระบบสุขภาพและกรุงเทพมหานครซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา

ทำไมโรคจิตจึงสำคัญกับบุคลากรสุขภาพและคนในชุมชน?

1. **ความชุก** การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยปี 2552 พบว่าความชุกโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 1.2 หรือราว 580,000 คนแต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก จากทุกโรงพยาบาล หน่วยงานทบวง กรม ในปีเดียวกันพบเพียง 390,000 คน แสดงให้เห็นถึงช่องว่าง การเข้ารับบริการในระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตที่ยังคงมีอยู่กว่าร้อยละ 33 และในปีงบประมาณ 2560 พบค่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 72.21

2. ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

- ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ สูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตกงาน การสูญเสียเงินหรือรายได้ลดลง การถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ เป็นภาระในการดูแลทำให้ต้องเสียเวลาประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่ายา
- ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ ขาดภาษีรายได้จากผู้ป่วยโรคจิต (กรณีไม่ได้ทำงาน)

ความหมายของโรคจิต

โรคจิต เป็นความผิดปกติของจิตใจซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วยอาการทั่วไป 3 ประการ คือ

1. บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนสะอาดและสุขภาพก็เปลี่ยนเป็นสกปรกและหยาบคาย เคยเป็นคนพูดน้อยก็กลายเป็นพูดไม่หยุด ฯลฯ
2. ไม่อยู่ในโลกของความจริง เช่น มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนด่าตลอดเวลาทั้งๆ ที่ในขณะนั้นไม่มีใครด่าเขาเลย หลงผิดว่ามีคนคิดร้ายและกำลังตามฆ่าเขา
3. ไม่รู้สภาวะตนเอง เช่น ไม่รู้ว่าตนเองกำลังป่วยจึงขัดขึ้นไม่ยอมไปพบแพทย์ การขัดขึ้นบางครั้งอาจรุนแรงจนถึงกับใช้กำลัง

อาการของโรคจิต ประกอบด้วย

1. ความผิดปกติด้านความคิด เช่น หลงผิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต เป็นผู้วิเศษ ระแวงว่ามีคนปองร้าย
2. ความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคนสัตว์ หรือเสียงแปลกๆ โดยไม่มีตัวตน เห็นภาพหลอนเป็นคน ผี สัตว์

3. ความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ยิ้มคนเดียว หัวเราะ ร้องไห้โดยไม่สมเหตุผล หรือเฉยเมยโดยไม่สนใจใคร
4. ความผิดปกติด้านการพูด เช่น คำพูดสับสน พูดเพ้อเจ้อ
5. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมการแสดงออก เช่น ไม่สนใจตนเอง ปล่อยเนื้อตัวสกปรก แยกตัว พูดคนเดียว คลุ้มคลั่งอาละวาดทำร้ายคนทำลายข้าวของ ไม่นอน วนวายรบกวนคนอื่น

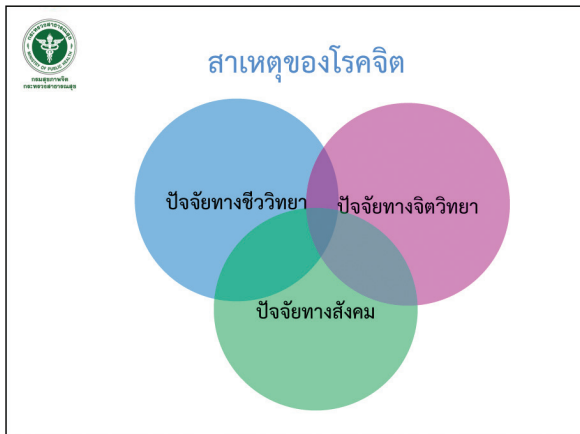
ประเภทของโรคจิต โรคจิตที่พบบ่อย มีอยู่ 4 ชนิด คือ

1. **โรคจิตเภท (Schizophrenia)** เป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุด มีความเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆ ไปได้มากที่สุด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้นักจะต้องได้รับการรักษาตลอดไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และความคิดที่ไม่เป็นระบบ
2. **โรคหลงผิด (Delusional Disorder)** อาการที่พบในโรคนี้ก็คือการมีความหลงผิดในบางเรื่อง เช่น หลงผิดว่าถูกปองร้ายโดยใครบางคน แต่มักจะไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย ในโรคนี้บางครั้งเราจะดูลักษณะภายนอกของผู้ป่วยไม่ออก เพราะทุกอย่างจะดูปกติดี แต่เมื่อได้ฟังความคิดในเรื่องที่ผู้ป่วยหลงผิดก็จะสามารถมองเห็นความผิดปกติได้ไม่ยาก
3. **โรคจิตที่เกิดจากยาและสารเสพติด** มักจะได้ประวัติของการเสพยาหรือสารเสพติด
4. **โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต** มักจะเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในชีวิตของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรคจิตเภท มีลักษณะบ่งชี้อย่างน้อย 2 อาการ ใน 1 เดือน เป็นมานาน 6 เดือน

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- วลี ประโยคหรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ทำให้ฟังไม่เข้าใจว่า ผู้ป่วยพูดหรือสื่อถึงเรื่องอะไร
- พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการรุ่มรวย
- อาการทางลบ เช่น สีหน้าที่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

สาเหตุของโรคจิต



ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิต แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตเภทจะพบการทำงานของสมองแตกต่างไปจากคนทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ป่วย หมายความว่าผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภทมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป เช่น ในเด็ก 100 คนที่เกิดจากพ่อแม่คนใดคนหนึ่งที่เป็นโรคจิตเภท จะมีประมาณ 7-8 คนที่ป่วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งที่ไม่ม่ประวัติครอบครัวเลย แต่มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผล เช่น ความเครียด แต่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะ

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบดีแล้วว่าโรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอ หรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคอาจแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

- สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง
- กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีญาติใกล้ชิดมีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี เช่น ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไปมีโอกาสต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ลูกของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 13 และพี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 9
- ความผิดปกติของสมอง พบมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ
- ภาวะแทรกซ้อนตอนคลอด
- การใช้สารเสพติด สารเสพติดบางชนิดกระตุ้นหรือช่วยเสริมทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท เช่น สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนจะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ขณะที่สารเสพติดกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งกัญชาจะเป็นตัวช่วยเพิ่มโอกาสต่อการเกิดอาการทางจิต

2. ปัจจัยทางจิตวิทยา

- การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
- การถูกทารุณกรรมทางกายหรือจิตใจ
- ความเครียดในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับความขัดแย้งอย่างรุนแรงภายในครอบครัว การย้ายที่อยู่ใหม่หรือการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน เป็นต้น แต่ความเครียดไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้

เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท ขณะเดียวกันจะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการแย่ลง

3. ปัจจัยทางสังคม เช่น ภาวะการตกงาน ปัญหาทางเศรษฐกิจและความยากจน ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ฯลฯ

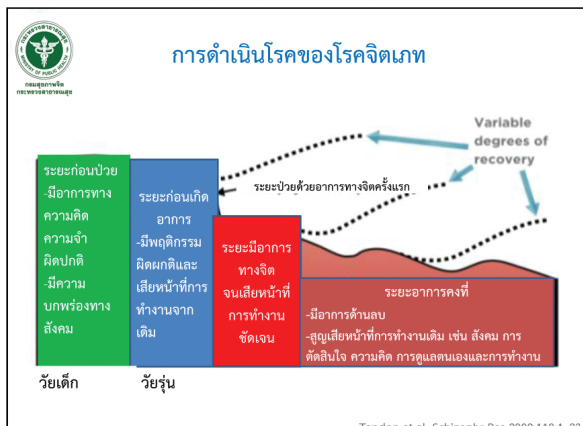
ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการทางจิต

- ผู้ชายส่วนใหญ่เริ่มมีอาการ อายุ 18 ปี
- ผู้หญิงส่วนใหญ่เริ่มมีอาการ อายุ 25 ปี

กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท

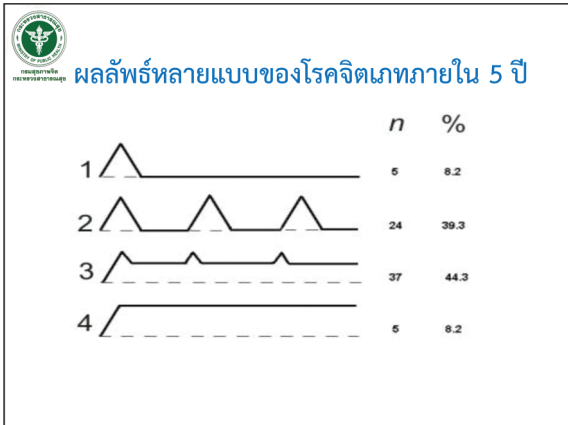
- มีพ่อ แม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคจิตเภท
- สมอลูกทำลาย และการทำงานของสมองเสื่อมถอย
- การคลอดที่ผิดปกติ
- ติดกัญชาตั้งแต่อายุน้อยๆ ติดยาบ้า ติดสารเสพติด
- เคยป่วย แต่ไม่ได้รับการอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท



การดำเนินโรคของโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะก่อนป่วย** ซึ่งอาจมีความผิดปกติที่พบ ได้แก่ การแยกตัวไม่ค่อยมีเพื่อนสนิท คิดหรือตัดสินใจแปลกไปจากผู้อื่น ทั้งนี้สังเกตเห็นได้แต่ไม่รบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน
2. **ระยะก่อนเกิดอาการทางจิต (prodromal state)** ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแปลกจากเดิม จนเริ่มมีการบกพร่องในการทำหน้าที่จากเดิม ได้แก่ การสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง การแยกตัวจากสังคม ครอบครัว มีความบกพร่องเรื่องเรียนหรือการทำงาน อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจหรือหมกมุ่นในเรื่องต่างๆ ที่พบบ่อย คือ ศาสนา ความเชื่อและมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียวในที่สาธารณะ
3. **ระยะมีอาการป่วยทางจิต (active phase)** มีอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ หลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด ประสาทหลอนที่เด่นชัดตามเกณฑ์การวินิจฉัยและบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน เป็นระยะที่ญาติหรือคนรอบข้างสังเกตเห็นอาการและนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ถ้าระยะนี้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่ทิ้งไว้นาน จะมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี
4. **ระยะอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (residual phase)** ผู้ป่วยจะปราศจากอาการด้านบวกอาการที่หลงเหลือบ้างคล้ายระยะก่อนเกิดอาการทางจิต แต่สังเกตได้ว่ายังมีอาการหลงเหลือที่ไม่ปกติ บางครั้งมีอาการด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเรียบเฉย แยกตัว บกพร่องทางสังคม และทำงานไม่ได้ดังเดิม อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่อาการกำเริบซ้ำ ยังมีการกำเริบซ้ำมากขึ้นเท่าไรจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเท่านั้น



ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภท

จากการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึง 5 ปี พบว่ามีผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภท 4 แบบ

1. มีอาการทางจิตเพียงครั้งเดียว เมื่อหายแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย ประมาณร้อยละ 8
2. มีอาการทางจิตหลายครั้งแต่เมื่อหายจากอาการทางจิตสามารถใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนก่อนป่วยประมาณร้อยละ 39
3. มีอาการทางจิตหลายครั้งเมื่อหายจากอาการทางจิตมีความบกพร่องทางจิตและมีอาการหลงเหลือประมาณร้อยละ 44.3
4. มีอาการทางจิตครั้งเดียวแต่มีอาการหลงเหลือตลอดและไม่กลับมาสู่อาการปกติประมาณร้อยละ 8

ผลลัพธ์ของอาการทางจิตของโรคจิตเภทมีหลายแบบ ส่วนใหญ่มักมีอาการหลายครั้งและส่วนมากไม่กลับมาสู่ความปกติ

เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท

เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภทมีตั้งแต่การคัดกรองและนำเข้าสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว การรักษาเพื่อควบคุมอาการทางจิตที่รบกวนชีวิตผู้ป่วย การลดการกำเริบซ้ำของอาการโรคจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือและทำงานไม่ได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชุมชน ฉะนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคจิตไม่เพียงรักษาควบคุมอาการเท่านั้น แต่การลดการกำเริบซ้ำของอาการและพัฒนาคุณภาพชีวิตยังเป็นหัวใจด้วย โดยเฉพาะการลดการกำเริบซ้ำ (relapse) ที่เป็นส่วนพื้นฐานในการทำให้สมองแย่ง ซึ่งส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท

- การใช้สุราหรือสารเสพติด (เมาหรือขาดยา)
- ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง
- ภาวะสมองเสื่อม
- ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น cerebral malaria, sepsis, head injury, delirium, electrolyte imbalance
- โรคทางกายที่พบร่วม : โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น สเตียรอยด์

อย่างไรก็ตามในบางกรณีจะมีการแนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจทางกายบางอย่างเพื่อที่จะวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง เช่น ตรวจต่อมไทรอยด์ ตรวจคลื่นสมอง MRI

วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน

- การรักษาโดยยา ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ดีกว่าและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

- การรักษาโดยไม่ใช้ยา มีดังนี้
 - ◆ การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) จะได้ผลดีสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลัน แต่ไม่นิยมทำในทุกราย เนื่องจากต้องใช้เครื่องมือ และต้องมีสถานที่เฉพาะ
 - ◆ การรักษาด้วยจิตบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด (Psychotherapy) ยังไม่มีหลักฐานวิชาการที่น่าเชื่อถือว่าสามารถรักษาอาการโรคจิตเภทได้ เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของโรคจิตเภท แต่จะช่วยให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ มีวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วย ได้รับการจ้างงาน และหากได้รับการรักษาร่วมกับยาจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น CBT, Milieu therapy

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

ทำไมเราต้องมี พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑?



สิทธิผู้ป่วย

- ต้องได้รับการรักษา
- ต้องได้รับการคุ้มครอง



มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน



ผู้ปฏิบัติได้รับการคุ้มครอง

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสังคมจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษาและการคุ้มครอง โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็ได้รับการคุ้มครองด้วย

บุคคลที่มีความผิดปกติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้แก่บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. **ผู้ที่มีภาวะอันตราย** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิต ที่น่าก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
2. **มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา** คือผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตรายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เข้าใจแผนการบำบัดรักษา รวมถึงไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิเสธการบำบัดรักษาของแพทย์

ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

1. สังเกตและเฝ้าระวังความผิดปกติทางจิตตามอาการสำคัญ ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ แต่งกายแปลกกว่าคนปกติ ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น หรืออยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น
2. หากพบว่ามีอาการตามข้อ 1 ที่รุนแรง และมีภาวะอันตราย ให้แจ้งกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
 - บุคลากรทางการแพทย์ ใน รพ.สต./สอ./รพช

- กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อบต.
- พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 1669 หรือมูลนิธิฯ เพื่อนำส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา ซึ่งสามารถส่งไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษาที่ใกล้เคียง

อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่



1. สามารถนำตัวผู้ที่น่าเชื่อว่ามีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากในเคหสถานได้ เนื่องจากการรอหมายศาลจะเป็นการล่าช้าต่อการนำตัวส่งและนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาใกล้เคียง
2. สามารถซักถามครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น
3. มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใดๆ มาให้ถ้อยคำได้เพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประกอบการพิจารณาร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจให้ความช่วยเหลือได้

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา



ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน เป็นประธานกรรมการ แพทย์ 1 คน พยาบาล จิตเวช 1 คน นักกฎหมาย 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 1 คน เป็นกรรมการ

บทบาทหน้าที่

1. ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด
2. พิจารณาความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและผลการบำบัดรักษา

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551



1. การวินิจฉัยอาการเบื้องต้น

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาให้ ดำเนินการ
ดังนี้

1.1 แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

1.2 บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมิน
อาการเบื้องต้น (แบบ ตจ.1) ไม่เกิน 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง
โดยสามารถแบ่งผลการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น ไม่ต้อง
เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้นำตัว/ส่งตัวผู้ป่วยกลับ โดยแจ้ง
พนักงานเจ้าหน้าที่หรือญาติ

กรณีที่ 2 ผลการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานบำบัด
รักษา ให้ดำเนินการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจ
วินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด พร้อมพิจารณาวิธีการบำบัดรักษา หรือ
ส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเพื่อเข้ารับการรักษา

2. การวินิจฉัยอาการโดยละเอียด

กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาให้ดำเนินการดังนี้

- 2.1 ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจรักษาและประเมินอาการโดยละเอียด ภายใน 30 วันนับตั้งแต่ได้รับตัวบุคคลนั้นไว้
- 2.2 บันทึกข้อมูลลงใน แบบการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.2)
- 2.3 ออกคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาตามคำสั่ง คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.3) หรือส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเมื่อไม่มีภาวะอันตราย

หลักเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี)



1. พิจารณาวัตถุประสงค์
2. การตรวจทางจิตเวชของผู้ป่วยนิติจิตเวชหรือผู้ป่วยคดี โดยตรวจทั้งสภาพจิต และทางจิตวิทยา
3. รวบรวมข้อมูล

4. วิเคราะห์และตัดสินใจในที่ประชุม
5. สรุปผลการวินิจฉัย ใน 2 กรณี ดังนี้
 - 5.1 การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis)
 - 5.2 การวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis)
 - 5.2.1 ขณะตรวจ วิเคราะห์และสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ (วิ.อาญา14)
 - 5.2.2 ขณะประกอบคดี สามารถรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ (ม.65)
 - 5.2.3 ความเห็นหรือข้อเสนอแนะ เช่น ภาวะอันตราย (ม.48)
6. การเตรียมตัวให้ปากคำ : กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี

การประเมินผู้ต้องหาคดีอาญา



1. เตรียมข้อมูลให้พร้อม

- รายงานตำรวจ
- คำให้การของพยาน
- รายงานทางนิติเวช (ถ้ามี)
- ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช
- คำให้การของผู้กระทำความผิด ฯลฯ

2. เปรียบเทียบคำพูดของผู้ป่วยกับข้อมูลที่เราทราบมาก่อน (โดยที่ผู้ต้องหาคาดไม่ถึง)



3. ควรประเมินเร็วที่สุดหลังเกิดคดี

- เพื่อป้องกันการเรียนรู้จากผู้ต้องหาด้วยกันหรือทนาย
- เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน

4. ผู้สัมภาษณ์

ควรมีความจริงใจและอธิบาย วัตถุประสงค์ของการประเมินและอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ผู้ป่วยคดี/ผู้ป่วยนิติจิตเวช

ตามกฎหมาย ป.วิอาญา ม.14 (จำเลยเป็นผู้วิกลจริต) ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาวินิจฉัยอาการ และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ของผู้ต้องหาหรือจำเลย และรายงานต่อพนักงานสอบสวนหรือศาล ภายใน 45 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับตัวไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน โดยสามารถแบ่งผลการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีได้เป็น 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 ต่อสู้คดีได้ ให้แจ้งต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลรับกลับ

กรณีที่ 2 ต่อสู้คดีไม่ได้ ขอให้พนักงานสอบสวนหรือศาลกำหนดวิธีการเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายและให้การบำบัดรักษาโดยรายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาล ทุกๆ 180 วัน จนสามารถต่อสู้คดีได้



ตามกฎหมาย ป.วิอาญา ม.48 ศาลสั่งให้ควบคุมตัวผู้ป่วยคดีไปยังสถานบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยคดีและรายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาลทุก 180 วัน จนกว่าจะสามารถกลับสู่สังคมโดยไม่มีภาวะอันตราย หรืออาการทุเลา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ต้องหาที่ถึงกำหนดปล่อยตัวแล้ว)



คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งตามมาตรา 29(2) ให้หัวหน้าสถานบำบัดรักษา มีหน้าที่ ดังนี้

- (1) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล
- (2) ในกรณีไม่มีผู้ดูแล ให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน
- (3) แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม (1) และหน่วยงานตาม (2) แล้วรายงานต่อคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ

สิทธิผู้ป่วย



ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิ ดังนี้

1. ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์
2. ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาเป็นความลับ (การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำได้อีกเมื่อเกิดกรณี (1) เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน (3) มีกฎหมายเฉพาะให้ต้องเปิดเผย)
3. ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามมาตรา 20
4. ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมและระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

สิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วย	
มาตรา ๔๘ การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณหรือแยกผู้ป่วย	กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
มาตรา ๔๙ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองระบบประสาท หรือวิธีอื่น อาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร	กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๕๐ การทำหมันผู้ป่วย	กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัด อาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
มาตรา ๕๑ การทวิจ้อใดๆ ต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องมีความเห็นชอบของคณะกรรมการ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอมของผู้ป่วยจะถอนเมื่อใดก็ได้

1. การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณหรือแยกผู้ป่วย

กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองระบบประสาท

หรือด้วยวิธีอื่นอาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัดอาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

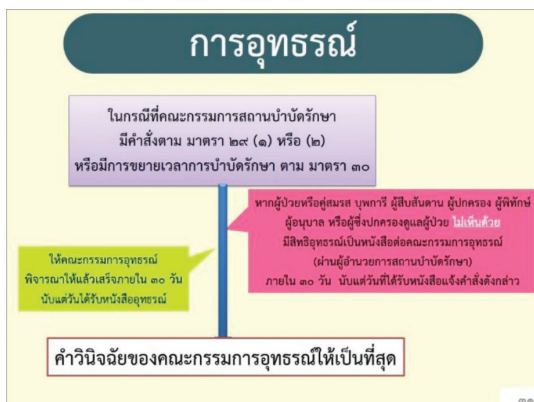
3. การทำหมันผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

4. การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของ คณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

การอุทธรณ์



กรณีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา หรือให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษาในสถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย หรือมีการขยายเวลาการบำบัดรักษาตามความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต แต่ต้องไม่เกิน 90 วัน

กรณีผู้ป่วยหรือคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย **ไม่เห็นด้วย** มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ (ผ่านผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา) ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา พิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วันนับตั้งแต่ได้รับการอุทธรณ์

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สิ้นสุด

(บทที่ 2)

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และบทบาทของสหวิชาชีพ

เนื้อหาสาระ

- สภาพปัญหาของการดูแลรักษาโรคจิตของไทย
- รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต
- บทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต
- ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยพึงได้รับ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สภาพปัญหาของการดูแลรักษาโรคจิตของไทย

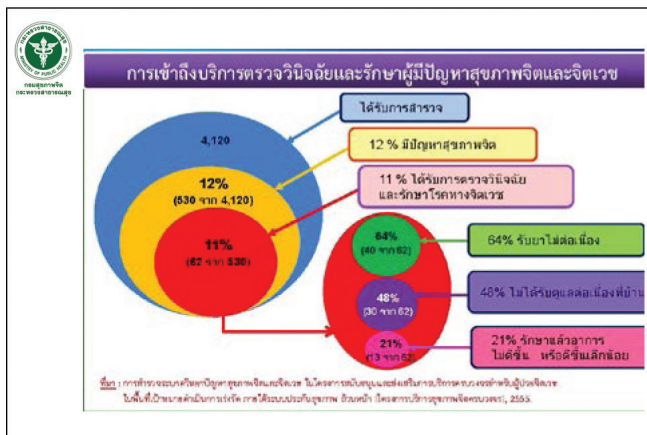
ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่า ประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียสุขภาพสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี 2004 นอกจากนั้น ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิต (psychosis) จากผลการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชโดยกรมสุขภาพจิต พบว่าความชุกโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 1.2 หรือราว 580,000 คน และโรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด โรคจิตยังก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเองและต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสังคมและเศรษฐกิจในภาพรวม

Stigmatization (ตราบาป)

“อคติของสังคมต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ที่แสดงออกด้วยท่าทีรังเกียจ เป็นความเสื่อมเสียหรือน่าอับอายทางสังคม การไม่ยอมรับ กีดกัน การเข้าร่วมในสังคม” Goffman, 1963

Stigmatization มีผลต่อการเข้ารับบริการอย่างไร

ตราบาป คือ ทศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยไม่มีเหตุผลที่ไปที่มาชัดเจน เกิดจากภาพลักษณ์ที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อ ความเข้าใจที่ผิดๆ หรือประสบการณ์ที่เลวร้ายเฉพาะตัวของชุมชน ตราบาปทำให้เกิดการสกัดกั้นการยอมรับความเจ็บป่วยและการมารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อความเจ็บป่วยต่อเนื่องและภาพที่เลวร้ายลงไปอีก



งานวิจัยหนึ่งในพื้นที่นำร่องแสดงให้เห็นว่า

- ถึงแม้โรคจิตเวชจะมีความชุกถึงร้อยละ 14 ในประชากรไทย พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเวชไม่ได้รับการรักษาที่ควรจะเป็น
- ในจำนวนผู้มีปัญหานั้น ได้รับการดูแลรักษาเพียงแค่ร้อยละ 11 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน
- ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อความพิการทางสมองและการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ เป็นภาระต่อสังคม

ปัญหาการเข้าถึงบริการ มีดังนี้

- ขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่ประชาชน
- ปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย (มีข้อจำกัดของกรดยาเวชภัณฑ์ ไม่มียาเหมือนโรงพยาบาลจิตเวช / การเดินทางลำบาก ไม่สามารถมารับยาได้)

ปัญหาด้านทักษะของบุคลากรในการให้บริการทางสุขภาพจิต

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคจิต
- ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้าย/จำนวนไม่เพียงพอ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง
- ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในบางพื้นที่ขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ปัญหาด้านองค์ความรู้/เทคโนโลยี

- การนำสื่อ/องค์ความรู้เทคโนโลยีต้นแบบไปใช้ยังไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้
- การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารช่องทางการเข้าถึงสื่อ/ องค์ความรู้เทคโนโลยี

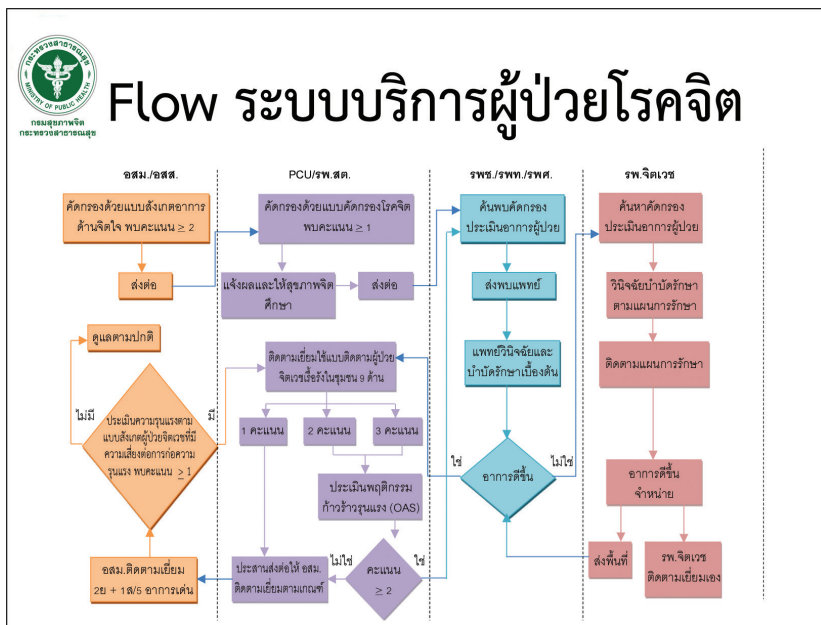
ชุมชน ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความตระหนักและไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

- ชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคจิตและยังมี stigma กับผู้ป่วยโรคจิต ไม่ยอมรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสการมีส่วนร่วมในชุมชน
- ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการติดตามรักษา/การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำ

- ที่อยู่ไม่ชัดเจน/ย้ายที่อยู่
- ไม่สามารถ link ข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้
- ขาดการติดตามการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีการวางระบบการติดตามรักษา/การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำร่วมกับพื้นที่

รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต



- อสม./อสส./อสค./จิตอาสา สอบถามอาการจากญาติที่ใกล้ชิดหรือการสังเกตอาการของผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อคัดกรองอาการด้านจิตใจเบื้องต้น โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- ในกรณีที่พบอาการด้านจิตใจตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป อสม./อสส./อสค./จิตอาสา ควรประสานและส่งต่อเพื่อคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต
- พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ใน รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข คัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต หากพบว่ามีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิตและส่งต่อตามระบบบริการสุขภาพ (รพช./รพท./รพศ.)

- พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ใน รพช./รพท./รพศ. คัดกรองและประเมินอาการซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิตหากพบว่ามีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิตและส่งพบแพทย์
- แพทย์ทำการวินิจฉัยอาการว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยและรักษาไม่ได้ ให้ส่งพบจิตแพทย์ เพื่อบำบัดรักษาจนอาการสงบ
- เมื่ออาการทางจิตสงบ จิตแพทย์ส่งผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องในพื้นที่ (รพช./รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข)
- พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม./อสส./อสค./จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต

บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องและความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

 บทบาทสหวิชาชีพในระบบบริการโรคจิต							
หัวข้อ	GP	พยาบาลใน OPD ที่ดูแล กลุ่มเสี่ยง	พยาบาลใน คลินิกจิตเวช	พยาบาล ใน IPD	พยาบาล ใน ER	พยาบาลใน รพ.สต.	อสม.
ความเชื่อและความเข้าใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ค้นหาคัดกรอง	-	✓	-	-	-	✓	✓
ประเมินอาการ	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษา	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
วินิจฉัยโรคและรักษาด้วยยา	✓	-	-	-	-	-	-
ประเมินติดตามดูแลต่อเนื่อง	✓	-	✓	-	-	✓	✓
ติดตามการรักษาในชุมชน	-	-	✓	-	-	✓	✓
เฝ้าระวังการกลับซ้ำ	✓	-	-	-	-	✓	✓
เกณฑ์การส่งต่อ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
เสริมอาชีพในรายที่เรื้อรัง	-	-	-	-	-	✓	✓

➤ **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (ออสส.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)/จิตอาสา**

- ปรับความเข้าใจและทัศนคติเรื่องโรคจิต
- การค้นหาคัดกรองผู้ที่สงสัยว่ามีอาการด้านจิตใจ โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- ประสานและส่งต่อกรณีผลบวก
- เฝ้าระวัง สังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมกิจกรรมอาชีพ ในรายที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

➤ **พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

- การปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่องโรคจิต
- การคัดกรองและประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือคัดกรองและการสังเกตอาการ
- การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา
- ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือไม่สามารถดูแลได้
- ประสานความร่วมมือฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

➤ **พยาบาลจิตเวช**

- การปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่องโรคจิต
- การประเมินอาการโดยใช้ความเชี่ยวชาญทางจิตเวช เพื่อคัดแยกผู้ที่น่าจะเป็นโรคจิตจากการคัดกรอง
- การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา/จิตบำบัดแบบประคับประคอง
- ติดตามดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและในชุมชน
- การส่งต่อเมื่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือไม่สามารถดูแลได้
- การเป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงด้านสุขภาพจิต

➤ แพทย์

- การปรับทัศนคติ ความเข้าใจเรื่องโรคจิต การวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา
- การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำในชุมชน
- การส่งต่อเพื่อรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือไม่สามารถดูแลได้

ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยพึงได้รับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมการประเมิน (Assessment)

กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมการวินิจฉัย (Diagnosis)

กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมการให้การรักษา (Treatment)

กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up)

กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมการประเมิน (Assessment)

- การคัดกรองอาการโรคจิตจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
- การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย
- การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์
- การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคร่วมทางกาย

กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมการวินิจฉัย (Diagnosis)

- การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- การวินิจฉัยโรคจิตเภทเรื้อรัง
- การวินิจฉัยการกำเริบซ้ำ

กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมการให้การรักษา (Treatment)

- การให้สุขภาพจิตศึกษา
- การรักษาด้วยยา
- การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up)

- การติดตามต่อเนื่อง
- การเยี่ยมบ้าน
- การพิจารณาส่งต่อ

(บทที่ 3)

การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะ ในประเด็นดังนี้

1. การค้นหา การคัดกรอง และการประเมินระดับความรุนแรงอาการโรคจิตในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีอาการโรคจิตได้อย่างถูกต้อง
2. การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาสาระ

1. การคัดกรองโรคจิต
: แบบคัดกรองโรคจิต
: รูปแบบวิธีการใช้และการแปลผล
2. การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมุ่งใจเข้ารับการรักษา

การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบประเมินคัดกรองโรคจิตขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถใช้คัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น

แบบคัดกรองโรคจิต

แบบคัดกรองโรคจิต ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติ
- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย



ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
การศึกษา.....สถานภาพสมรส.....อาชีพ.....

จงกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น (ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบันมีอาการเหล่านี้ หรือไม่ได้มีอาการดังมีอากรอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พุดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์คนไข้	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

คะแนนรวมทั้งหมด	
-----------------	--



โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545

คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ติ๋มบ้า บ๊
ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่

(มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีการติดต่อกัน 1 เดือน)

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด

1. พูดเพ้อเจ้อ หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. พูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ
 2. เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
 3. พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ
2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลาย ๆ ครั้ง
 2. ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ นวดเคา หรือผมเน่ารุงรังสกปรก มีคราบโคลนตามตัว หรืออาบนํ้าบ่อยๆ
 3. แก้วผ้าในที่สาธารณะ
 4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากเกินไปกว่าเดิม จนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลเก็งไม่ใช่งานเทศกาลต่างๆ
3. ก้าวร้าว ทุรนวาย ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล
4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่ลงลิ้งกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 1. เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 2. แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่ลงลิ้งกับใคร
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 1. หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 4. มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม
 5. คิดว่าคนรอบข้างมีกนินทาหรือพูดถึงตนเอง
 6. มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 7. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่ ผู้ที่
 1. เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
 2. คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน มีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
 3. พูดคนเดียวเหมือนกับได้ตอบกับใคร
 4. ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
8. มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป มีพฤติกรรมที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 1. หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
 2. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา
 3. กวาวหูบ่อยโดยไม่มีเหตุผล
 4. เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ



โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545

คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต (ต่อ)

แบบสัมภาษณ์ไม่มี

1. มีอาการหวาดระแวง มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 1. หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 4. มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม
 5. คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
 6. มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 7. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่ ผู้ที่
 1. เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
 2. คิดว่าตนเองร่ำรวย คิดอยากแจกจ่ายเงินทองโดยญาติไม่เห็นด้วย
 3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
3. ขว่ว หรือเห็นภาพหลอน มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
 3. พูดเพื่อโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน
 4. ทำตามเสียงแว่วสั่ง

การแปลผลและการให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิต

การให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 3 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบคัดกรองโรคจิต

มีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเป็นการรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก



โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545

การประเมินและคัดกรองโรคจิตจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล

A 1: การประเมินว่ามีอาการโรคจิตหรือไม่

วิธีการ : แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ส่วนบนของแบบคัดกรอง) ระบุชื่อ นามสกุล เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและคำอธิบายการใช้แบบคัดกรอง โดยมีความหมายว่าอาการที่มินั้นต้องมีอาการอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการแสดงออกชัดเจนเป็นเวลา 1 เดือน

อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติ

- อาการในข้อ 1,2,3,5,6,7,8 มีส่วนอยู่ในอาการด้านบวก
- อาการในข้อ 3 มีบางส่วนอยู่ในอาการด้านอารมณ์
- อาการในข้อ 4 เป็นอาการที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านลบ

อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. อาการต่างๆ ที่สังเกตจากผู้ป่วยมักจะเด่นชัดในกลุ่มอาการด้านบวก
2. การกำหนดช่วงระยะเวลาที่มีอาการป่วยต้องมีอาการผิดปกติมาเรื่อยๆ 6 เดือนและมีอาการเด่นชัดอย่างน้อย 1 เดือน

คำอธิบายแบบสัมภาษณ์

- **พูดเพ้อเจ้อ** หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ
 2. เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
 3. พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ
- **แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม** ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกาย ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง

2. ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ
 3. แก้วน้ำในที่สาธารณะ
 4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิม จนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลิเก ซึ่งไม่ใช่งานเทศกาลต่างๆ
- **ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น** ได้แก่ การอาละวาดทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล
 - **แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร** หมายถึงพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 2. แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
 - **หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล** มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 1. หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
 2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 4. มีความคิด มีอำนาจบางอย่างมาบังคับ
 5. คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
 6. มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 7. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
 - **คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา** ได้แก่
 1. เป็นผู้วิเศษมีอิทธิฤทธิ์
 2. คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงินโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์

- **หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน**
 1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน
 2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น
 3. พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับใครอยู่ (ไม่มีคู่สนทนา)
 4. ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
- **มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป**
 1. หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
 2. อารมณ์เปลี่ยนไปมา
 3. กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
 4. เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

การแปลผลและการให้คะแนน

ควรให้คำแนะนำที่เหมาะสม เช่น จากการสัมภาษณ์ตามแบบคัดกรองพบว่าอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิตควรไปรับการตรวจประเมินเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย

A2 : การประเมินระยะเวลาที่เป็น

วิธีการ : “เป็นมานานกว่า 6 เดือนโดยมีอาการต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 1 เดือน ใช่หรือไม่”

คำตอบ :

- นานกว่า 6 เดือน ให้สงสัย schizophrenia
- น้อยกว่า 6 เดือน แต่นานกว่า 1 เดือน ให้สงสัย schizophreniform disorder
- น้อยกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 1 เดือน ให้สงสัย Brief psychotic disorder และดำเนินการตามกิจกรรมการวินิจฉัยต่อ

การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์

A3 : มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือไม่

อาการโรคจิตต้องแยกจากโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือ

- โรคซึมเศร้ารุนแรง
- อาการmania (mania)

วิธีการ:

1. ประเมินอาการซึมเศร้า : หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder
2. ประเมินอาการmania หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกันหลายๆ วัน ให้ประเมิน Bipolar disorder

1. ประเมินอาการซึมเศร้า

วิธีการ : หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder

- เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร
- ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้
- หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป
- เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง
- เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป
- รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง
- สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ
- พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย
- คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี

2. ประเมินอาการ mania

วิธีการ : หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกันหลาย ๆ วัน ให้ประเมิน
Bipolar disorder

- อารมณ์ดีผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ
- รู้สึกมีเรี่ยวแรงมาก ทำกิจกรรมมาก
- พูดมากเกินไป
- มีพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ

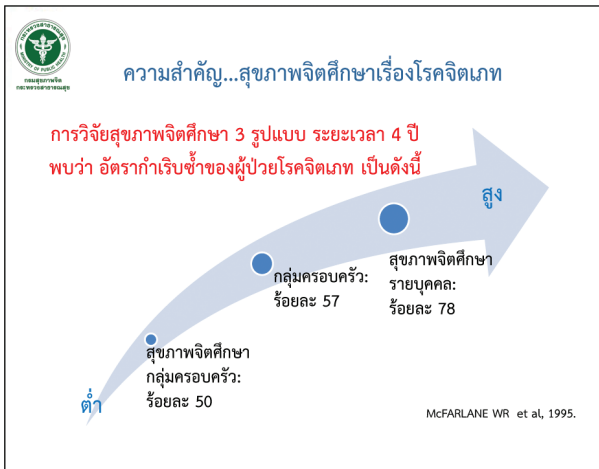
การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคทางกายร่วม

A4 : ประเมินว่ามีโรคจิตเวช/ทางกายร่วมด้วยหรือไม่

การใช้สุราหรือสารเสพติด (เมาหรือขาดยา)

- ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง
- ภาวะสมองเสื่อม
- ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกายเช่น cerebral malaria, sepsis, head injury
- โรคทางกายที่พบร่วม : โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น สเตียรอยด์

ความสำคัญของการแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา



ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตประเภทที่มีอาการเรื้อรัง ซ้ำซ้อนและพบได้บ่อยที่สุดของกลุ่มนี้ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคสูงกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการรักษาโรคจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวพบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคต่ำกว่าการให้รายบุคคล

สรุปว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความสำคัญต่อการลดอัตราการกำเริบซ้ำดีกว่าวิธีอื่นๆ ดังนั้นเมื่อปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคจิต หากเป็นไปได้ควรให้กิจกรรมแบบกลุ่มเพราะประสิทธิภาพสูงกว่าและเกิดโอกาสพัฒนาขยายเครือข่ายทางสังคม

วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง โรคจิตเภท

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตและญาติหรือผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบ
2. เพื่อลดโอกาสกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิต ส่งผลให้ญาติลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแล

3. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติกับผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีในครอบครัว
4. เพื่อให้ญาติ/ผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตลดความรู้สึกลบกับข้อจำกัด รู้วิธีคลายเครียดด้วยตนเอง และมีกำลังใจในการดูแลกันและกัน

วิธีการสอนสุขภาพจิตศึกษา

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นที่จำเป็นอย่างถูกต้อง
3. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติได้รับ

ขั้นตอนการสอนสุขภาพจิตศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูล/ประวัติ ของผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแล

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ก่อนการสอนสุขภาพจิตศึกษา (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความร่วมมือในการรับประทานยา)

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลหลังการสอนสุขภาพจิตศึกษา

ขั้นตอนที่ 5 บันทึกติดตามการดำเนินโรค การรักษาและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล

แผนการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับโรคจิตเภท

อาจใช้ภาพพลิก โปรแกรมลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ประกอบแผนการสอนร่วมด้วย

- PSY 4: โรคจิตเภทคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าป่วย
- PSY 5: การรักษาระยะสั้น การรักษาระยะยาว สังเกตอาการเตือน กำเริบซ้ำ
- PSY 6: ผลข้างเคียงและการจัดการ
- PSY 7: สารสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ

สาระสำคัญของ PSY 4

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม พบได้ประมาณ 5-10 คนในทุกๆ 1,000 คน ผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 18-30 ปี ผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี

- พบว่าสมองของผู้ป่วยมีการทำงานต่างจากคนทั่วไป
- ผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ป่วย หมายความว่า ผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนทั่วไป เช่น เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคนี้หนึ่งร้อยคน จะมีประมาณ 7-8 คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งที่ไม่มียีนผิดปกติครอบครัวย
- ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะเราทราบดีแล้วว่า โรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว

การวินิจฉัยโรค ในปัจจุบันอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและคนใกล้ชิดร่วมกับการคัดกรองในชุมชน/หน่วยบริการใกล้บ้านและการสัมภาษณ์ทางคลินิก การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตจากแพทย์เป็นหลัก ยังไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะที่ใช้ตรวจเพื่อบอกว่าป่วยเป็นโรคนี้ได้ การส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมจะทำในกรณีที่แพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วยหรือเพื่อแยกโรคทางกายอื่นที่มีอาการแสดงคล้ายโรคจิตเภทออกไป

การวินิจฉัยโรคจิตเภท ลักษณะบ่งชี้อย่างน้อย 2 อาการ ใน 1 เดือน เป็นมานาน 6 เดือน

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- วลี ประโยค หรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือสื่อถึงเรื่องอะไร
- พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการวุ่นวาย อาการทางลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

PSY 5 : การรักษา

การรักษาระยะสั้น

ผู้ป่วยราวร้อยละ 60-70 มักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิต อย่างไรก็ตาม ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้า โดยทั่วไปต้องใช้เวลาน้อย 2-3 สัปดาห์กว่าที่จะเริ่มเห็นผลจากการเริ่มหรือปรับยาแต่ละครั้ง

การรักษาระยะยาว

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคลมชัก เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ดีขึ้นจนหายปกติและไม่มีการกำเริบของโรคอีก แต่ผู้ป่วยที่เหลือแม้จะหายปกติแล้วอาจมีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราวหรือในบางรายอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง การรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอาการทางจิตและลดการกำเริบของโรคได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกจึงควรรับประทานยาต่ออีกประมาณ 1-2 ปีหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว

ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการสองครั้งหรือมากกว่าควรรับประทานยาต่ออีกอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิตหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว

การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำ

อาการเบื้องต้น (early sign) ของผู้ป่วยโรคจิตดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ที่อาจพบได้ คือ สมาธิหรือความจำไม่ดี ความคิดแล่นช้าเกินไป ความคิดแล่นเร็วเกินไป วิตกกังวลหรือตื่นเครียด ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย โกรธหรือหงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรงหรือไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกว้าวุ่นต่างๆ รอบตัวเปลี่ยนไป ไม่ไว้วางใจหรือระแวงผู้อื่น นอกจากนั้นญาติอาจสังเกตว่าก่อนอาการโรคจิตกำเริบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวมากขึ้น ความกระตือรือร้นในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วยแย่ลง เป็นต้น

สำหรับอาการเตือนที่พบบ่อยๆ คือ นอนไม่หลับ สับสนหรือมากขึ้น หงุดหงิด โดยไร้เหตุผล เก็บตัว

สรุป การสังเกตเห็นและแก้ไขอย่างรวดเร็ว อาจช่วยหยุดยั้งการเกิดอาการโรคจิตหรือช่วยลดความรุนแรงของอาการโรคจิตที่จะเกิดขึ้นได้

PSY 6 : ผลข้างเคียงและการจัดการ

ทางเลือกที่แพทย์มักใช้ในการแก้ไขกับผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท คือ

1. เปลี่ยนยา
2. ลดขนาดยาต่อวันลง
3. ลดขนาดยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง แต่เพิ่มความถี่ของการรับประทานยาขึ้น (ขนาดยาต่อวันยังคงเท่าเดิม)
4. เพิ่มยาบางตัวที่สามารถลดผลข้างเคียงลง

การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ดังนี้

1. **การรับประทานอาหารเพิ่ม** : รับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อย เช่น ผักหรือผลไม้ที่ไม่หวาน ลดอาหารมันและมีรสหวาน หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม (น้ำเปล่าดีที่สุด เนื่องจากไม่ให้พลังงานเลย)
2. **ท้องผูก** : ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ
3. **มีน้ิรชะ** : ค่อยๆ ลุกจากท่านอนหรือท่านั่งช้าๆ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือเย็นเกินไป และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
4. **ง่วงนอน** : แพทย์สามารถปรับยาส่วนใหญ่หรือทั้งหมดไปรับประทานก่อนนอนได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ ควรเพิ่มเวลานอนตอนกลางคืน เพื่อให้สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ในเวลากลางวันได้ตามปกติ
5. **ปากและคอแห้ง** : ดื่มน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและกาแฟ (เพราะจะทำให้เสียน้ำ) และเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล
6. **ผิวไหม้** : หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งจัดๆ ใส่เสื้อผ้า สวมหมวก หรือทาครีมกันแดด

PSY 7 : ข้อเสนอแนะสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เน้นย้ำถึงความสำคัญของการที่ยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ

- สมาชิกในครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างรุนแรง หรือเข้าวุ่นวายจัดการทุกเรื่องของผู้ป่วยและไม่ควรแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย เพราะมีการศึกษาสนับสนุนว่าทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ดังนั้นญาติควรมีท่าทีเป็นมิตรให้ความรักความอบอุ่น แสดงความเข้าใจและสร้างพลังใจต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยโรคจิตมักถูกกีดกัน แบ่งแยกอยู่เสมอ ทั้งที่ความจริงแล้วควรจะมีสิทธิเท่าเทียมกันกับคนทั่วไป
- การให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวหรือชุมชน ภายใต้วงแวดล้อมที่มีการช่วยเหลือดีกว่าใช้ชีวิตในโรงพยาบาลควรหลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะยาว

นอกจากนี้ญาติยังมีส่วนสำคัญในการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย การให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตและการปรับตัวอยู่ในสังคม เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งญาติควรให้ความสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงควรติดต่อยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลดหรือหยุดยา
2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจให้ยาฉีดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน
3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่าง

มากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากในอนาคต หลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีความสามารถในหลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคมลดลง

4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายปัญหา เพื่อผู้ป่วยและญาติจะได้เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้คำปรึกษาแนะนำ
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น พุดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิตีเตียนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกวนผู้อื่น
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

สาระสำคัญที่ต้องบอกแก่ผู้ป่วยโรคจิต

- ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะหายจากโรคได้
- ผู้ป่วยยังต้องพยายามทำกิจกรรมด้านการเรียน การทำงาน การเข้าสังคมอย่างสม่ำเสมอเท่าที่เป็นไปได้
- ปัญหาและความทุกข์ที่กำลังเผชิญอยู่จะดีขึ้นหลังรับการรักษา
- ต้องรับยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยมีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการรักษา
- ผู้ป่วยต้องมีวิธีการดำรงชีวิตที่ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง เช่น กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีสุขอนามัยที่ดี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

แนวทางการลดความเครียดของบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/ คนพิการทางจิต

ยึดมั่นหลักการเกี่ยวกับทักษะในการมองโลกด้านบวก ดังนี้

หลักการข้อที่ 1 “การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตเป็นสิ่งสวยงามเสมอ”

หลักการข้อที่ 2 ถ้าเริ่มรู้สึกว่ามีเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตไม่ใช่สิ่งสวยงาม “ให้ย้อนกลับไปดูหลักการข้อที่ 1”

(บทที่ 4)

ยาจิตเวช พลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจ ในประเด็นดังนี้

1. การรักษาโรคจิตเภทด้วยยา
2. ผลข้างเคียงของยา
3. การช่วยเหลือเบื้องต้น

เนื้อหาสาระ

- ยารักษาโรคจิตเวชและผลข้างเคียง
- การรักษาผลข้างเคียงและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ยาจิตเวช พบบ้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

ยารักษาโรคจิต

การบำบัดรักษาโรคจิตโดยทั่วไปจำเป็นต้องใช้ยา ซึ่งอาจจะเป็นยาเกินหรือยาผิด ยาทางจิตเวชมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดมีความแตกต่างกันในแง่ของผลข้างเคียงและวิธีการใช้ โดยทั่วไปยารักษาโรคจิตมีกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้

- กลไกการออกฤทธิ์ของยาด้านอาการโรคจิต คือ ยับยั้งฤทธิ์ของสารสื่อ dopamine
- ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่จะมีการดูดซึมค่อนข้างดี การกินร่วมกับอาหาร หรือยาลดกรดอาจลดการดูดซึม หลังจากดูดซึมยาจะไหลเวียนผ่านตับก่อนที่จะไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่ของยาจะถูกทำลายที่ตับ โดยเอนไซม์ cytochrome P450 2D6 และขจัดออกทางไต

ยารักษาโรคจิต* มี 2 กลุ่ม คือ

- ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotics) ได้แก่ Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine, Fluphenazine เป็นต้น
- ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotics) ได้แก่ Risperidone, Clozapine เป็นต้น

***ตัวอย่างยารักษาโรคจิตที่ภาคผนวก**

การใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคจิต

- **ระยะเฉียบพลัน** เป็นการให้ยารักษาโรคจิตทันทีหลังการประเมินวินิจฉัย พิจารณาให้ยารักษาโรคจิตเพียงชนิดเดียวในแต่ละครั้ง
- **ระยะเรื้อรัง** ส่วนใหญ่ควรได้รับยาในขนาดต่ำ ที่จะช่วยควบคุมอาการยาออกฤทธิ์ระยะยาว ยาด้านอาการโรคจิตที่ออกฤทธิ์ยาวเหล่านี้จะ

ละลายในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันงา ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง
อยู่ได้นาน 2-4 สัปดาห์ นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคจิตที่ต้องกินยานานเพราะ
ผู้ป่วยมักกินยาไม่สม่ำเสมอ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการกำเริบ
ดังนั้นการรักษาโรคจิตเรื้อรังควรเน้น

- ควรได้รับยาในขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ เช่น haloperidol 5-15 mg/day
- แนวโน้มรับประทานยาตลอดชีวิตเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ
- ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ควรให้ยาฉีดรักษาโรคจิต ชนิดออกฤทธิ์ยาว

การพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิต โรคจิตเรื้อรัง

ถ้าผู้ป่วยอาการติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายๆ ปี อาจพิจารณาหยุดยาได้
โดยชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น
เมื่อกินยาต่อไปในระยะยาว ถ้าเป็นไปได้ควรปรึกษาทีมผู้รักษาเพื่อร่วมพิจารณา
เรื่องการหยุดยารักษาโรคจิต

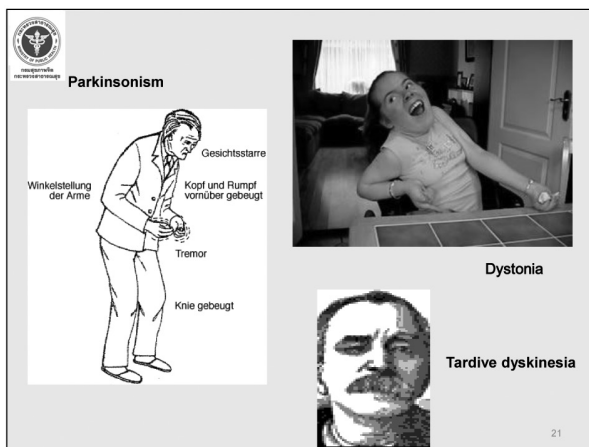
ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ยารักษาโรคจิตก็เช่นเดียวกับยารักษาโรคอื่นๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงบ้าง
ความรุนแรงของผลข้างเคียงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด
และขนาดของยาที่ใช้ ผลข้างเคียงบางอย่างอาจไม่รบกวนมาก หรือรบกวนเฉพาะ
2-3 สัปดาห์แรกเมื่อเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นความรุนแรงจะค่อย ๆ ลดหายไป
ผลข้างเคียงบางอย่างอาจรบกวนมากและเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาแล้วหลายเดือน
หรือหลายปี หากสงสัยควรแจ้งผู้รักษาทราบ ซึ่งผลข้างเคียงของยา มีดังนี้

- ส่วนใหญ่มักมีการเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหล่
มักเกิดหลังได้รับยา 5-7 วัน การรักษาควรให้ยาแก้แพ้ เช่น artane,
benzhexol

- ยาบางชนิดอาจพบอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล
- ยาบางชนิดอาจพบอาการตาพร่ามัว ซึ่งไม่เป็นอันตราย ส่วนใหญ่ อาการจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ความดันโลหิตตก แนะนำให้ลุก ยืน นั่งอย่างช้าๆ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ
- ยาส่วนน้อยอาจพบอาการผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด แนะนำให้ใส่ เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทาครีมกันแดด
- อาการง่วงนอน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักรหรือขับซิ่งรถ ถ้ายังง่วงนอนมากควรพบแพทย์เพื่อขอปรับยา
- มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ อาการเหล่านี้อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย
- สำหรับยาชนิด Clozapine อาจพบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระหว่างการ รักษาได้ จึงควรมีการเจาะเลือดตามที่แพทย์นัด ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำอาจ จำเป็นต้องหยุดยา

ผลข้างเคียงการเคลื่อนไหว ได้แก่



1. **Parkinsonism** มีลักษณะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาย มือสั่น น้ำลายไหล ตัวงอ หลังค่อม เกิดภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยา
2. **tardive dyskinesia** มีลักษณะลิ้นจุกปาก แก้มพอง เคี้ยวปาก ย่นหรือห่อริมฝีปาก ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อของหน้า มือ ลิ้นและปาก (buccolingual) มีการเคลื่อนไหวแบบ choreiform, athetoid วาดแขนขาไปมา ลำตัวบิดไปมา อาการขยับหรือการเคลื่อนไหวซ้ำๆ
3. **Acute dystonia** มีลักษณะกล้ามเนื้อมัดใหญ่เกร็งบิด เกิดขึ้นภายในสัปดาห์แรกที่ได้รับยา
4. **Akathisia** มีลักษณะกระวนกระวายในใจ ถ้าอาการมากผู้ป่วย ยืน เดิน นั่ง นอนไม่ติดที่ อาจเห็นการขอยเท้าไปมา

การรักษาผลข้างเคียงข้างต้น

1. ปรับลดขนาดยารักษาโรคจิต
2. พิจารณาเปลี่ยนเป็นยารักษาโรคจิตที่ผลข้างเคียงน้อยกว่า เช่น haloperidol เป็น risperidone
3. พิจารณาใช้ยา anticholinergic หากจำเป็นต้องคงระดับยารักษาโรคจิตเพื่อควบคุมอาการ หรือในกรณีที่ผลข้างเคียงชนิด extrapyramidal มีความรุนแรง เกิดอาการอย่างเฉียบพลัน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก

(บทที่ 5)

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

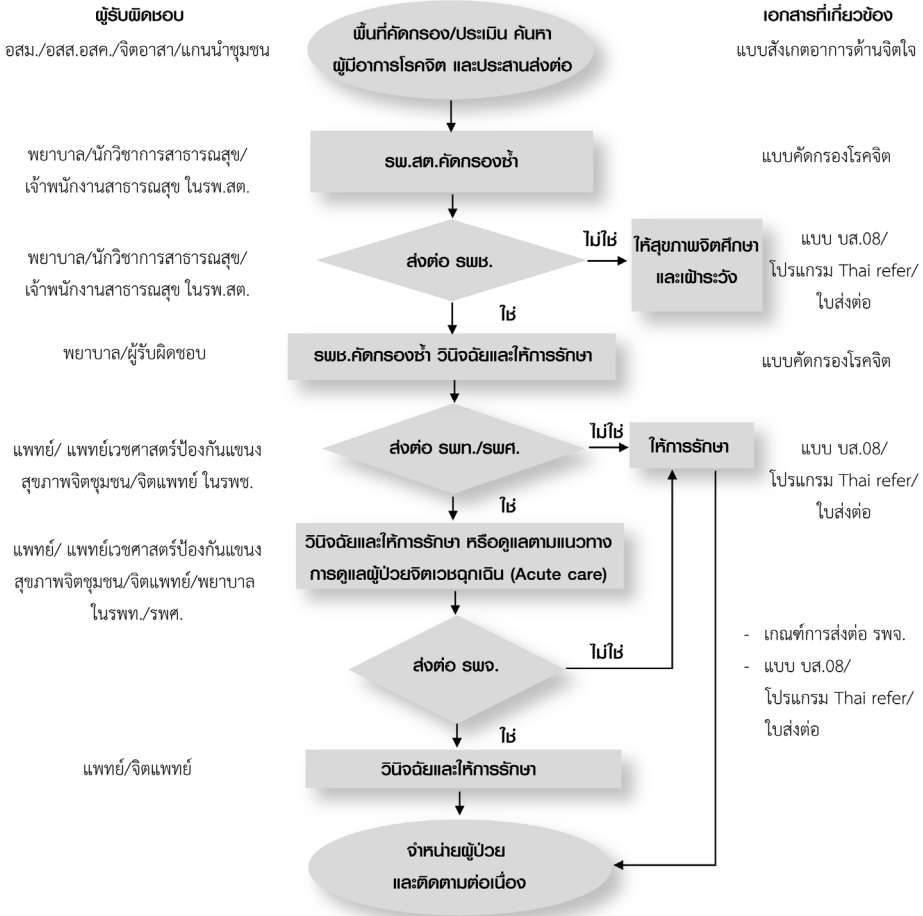
วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

เนื้อหาสาระ

1. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต
2. เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช
3. เครื่องมือ/เอกสารที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อ
4. การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน
5. การเตรียมครอบครัวและชุมชน

ผังไหลแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต



กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

1. อสม./อสส./อสค./จิตอาสา/แกนนำชุมชน คัดกรอง/ประเมิน ค้นหาผู้มีอาการโรคจิตในพื้นที่โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจของกรมสุขภาพจิต หากพบว่าคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนน ให้ส่งส้อมีอาการด้านจิตใจ และประสานส่งต่อ รพ.สต.
2. พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขใน รพ.สต. คัดกรองซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีคะแนนเป็น 0 ให้สุขภาพจิตศึกษาและเฝ้าระวัง หากพบว่าคะแนนโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนน ให้ส่งส้อมีอาการด้านจิตใจ และประสานส่งต่อ รพช.
3. พยาบาล/ผู้รับผิดชอบในรพช. คัดกรองซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีคะแนนเป็น 0 ให้สุขภาพจิตศึกษาและเฝ้าระวัง หากพบว่าคะแนนโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนน ให้ส่งส้อมีอาการด้านจิตใจ และประสานส่งต่อ รพช.
4. แพทย์/แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน)/จิตแพทย์ ใน รพช. ให้การวินิจฉัย รักษา และติดตามต่อเนื่อง ในกรณีเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการ พิจารณาประสานส่งต่อ รพท./รพศ. ตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ
5. แพทย์/ แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน)/ จิตแพทย์ ใน รพท./รพศ. ให้การวินิจฉัย รักษาหรือให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) หากเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการให้ประสานส่งต่อกับโรงพยาบาลจิตเวชตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละจังหวัด/ เขตสุขภาพ
6. จิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชให้การวินิจฉัย รักษา จำหน่ายและส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

หมายเหตุ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) ให้ยึดตามแนวทางการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ

ข้อตกลงก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะทางกายจากแพทย์ และได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่
2. แพทย์/จิตแพทย์ในพื้นที่ประสานกับจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช

เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนในการรักษา โดยมีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา
2. ผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดหรือสุราที่มีอาการทางจิต
3. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ตามเกณฑ์จำแนกดังนี้
 - 3.1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
 - 3.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
 - 3.3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
 - 3.4 มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
4. ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น
5. ผู้ป่วยโรคจิตตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละเขตสุขภาพ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญก่อนการส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช

ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ควรมีการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญ ดังนี้

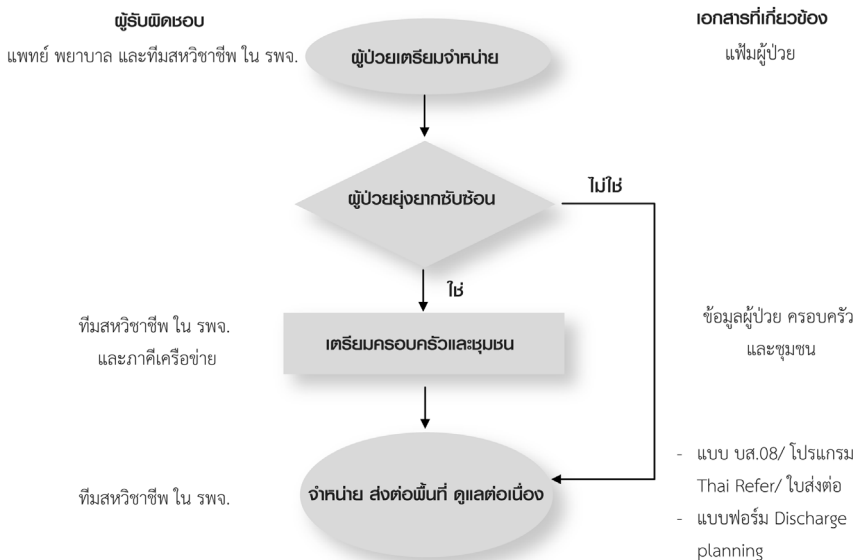
	CBC	Electrolytes	BUN/ Cr	LFT	CXR	Urine Substance	EKG	DTX	O ₂ Sat
ผู้ป่วยทั่วไป	✓	✓						✓	✓
ผู้ป่วยเรื้อรัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
ผู้ป่วยสูงอายุ	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
ผู้ป่วยที่ใช้ Alcohol	✓	✓	✓	✓				✓	✓
ผู้ป่วย สารเสพติด	✓	✓				✓		✓	✓

ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ
ของแพทย์/จิตแพทย์

วัตถุประสงค์ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	วัตถุประสงค์
CBC	เพื่อหาความผิดปกติของเลือด
Electrolytes	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะ hyponatremia, hypernatremia, hypokalemia, hyperkalemia
BUN/ Creatinine	เพื่อแยก uremia, acute renal failure
Liver enzyme (LFT)	เพื่อแยก hepatitis, hepatic failure
CXR	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของปอด
Urine substance	เพื่อตรวจหาสารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา
EKG	เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด
DTX (FBS)	เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด hypoglycemia และ hyperglycemia
O ₂ Sat	เพื่อตรวจหาปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด

ผังไหลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน



กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชประเมินอาการเมื่อพบว่าผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น ให้เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย
2. แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ประเมินว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่
 - ถ้าไม่มีปัญหาสามารถจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่อง โดยได้รับการยินยอมจากญาติ/ผู้ดูแล
 - กรณีมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ให้พยาบาลประสานญาติ/ผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายเพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชน ก่อนจำหน่าย

3. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชน ในการวางแผนจำหน่าย
4. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช จำหน่ายผู้ป่วย และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่องโดยใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (บส.08)/โปรแกรม Thai Refer/ใบส่งต่อ/แบบฟอร์ม Discharge planning

การเตรียมครอบครัวและชุมชน

โรคจิตเป็นโรคเรื้อรัง การเตรียมครอบครัวและชุมชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง รวมถึงแหล่งสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ และมีความมั่นใจ เกิดกำลังใจ พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับ และลดการตีตรา (Stigma) และให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้
3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และสามารถทำงานได้ตามศักยภาพ
4. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของญาติ

ประเด็นสำหรับการเตรียมครอบครัวและชุมชน

1. การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิต
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต อาการ การรักษา ผลข้างเคียง และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
3. บทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตร่วมกันของครอบครัวและชุมชน แหล่งดูแลช่วยเหลือในชุมชน และการส่งต่อเครือข่ายสุขภาพ

การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย
2. ศึกษาข้อมูลชุมชนโดยประสานเครือข่ายสุขภาพและประเมิณสภาพแวดล้อม รวมถึงเส้นทางการเดินทางไปยังบ้านผู้ป่วย
3. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง (ทีมสหวิชาชีพ) เพื่อวางแผนการเตรียมครอบครัวและชุมชน รวมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบ
4. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเตรียมครอบครัวและชุมชน เช่น แบบประเมินต่าง ๆ แผ่นพับความรู้ที่จำเป็น เป็นต้น
5. ประสานเครือข่ายเพื่อกำหนดวัน สถานที่และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อบต. ญาติ/ ผู้ดูแล (ตามบริบทของพื้นที่)

การเตรียมครอบครัว

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว โดยการแนะนำทีมงาน แจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัว ใช้วาจาสุภาพในการสื่อสารและให้เกียรติ
2. ประเมินทัศนคติ ความเข้าใจและความคาดหวังของครอบครัวต่อตัวผู้ป่วยโดยการรับฟังปัญหาของญาติ/ผู้ดูแล ให้ได้ระบายความทุกข์ยากในการดูแลผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ
3. สํารวจข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเพิ่มเติม เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

4. ให้การปรึกษาปัญหาส่วนตัวที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ/ผู้ดูแล เช่น ปัญหาการดูแล ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาอื่นๆ รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา
5. ให้ความรู้ ความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแล ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับอาการป่วยและการดูแลรักษา รวมทั้งเฝ้าระวังอาการกำเริบ และการกินยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิต
6. วางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว โดยทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัว แสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว
7. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยหน่วยงานให้การช่วยเหลือ ได้แก่
 - โรงพยาบาลชุมชน สถานบริการในระดับอำเภอที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้น การให้ยาต่อเนื่อง การประเมินรับรองความพิการ กรณีผู้ป่วยรายเก่า การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา เป็นต้น
 - โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีบริการผู้ป่วยในจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรงหรือก้าวร้าวต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
 - สถานีตำรวจและศูนย์นเรนทร เป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง
 - สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด ทำหน้าที่จดทะเบียนคนพิการทางจิต และเป็นแหล่งความช่วยเหลือสวัสดิการทางสังคมแก่คนพิการ
 - ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด เป็นสถานที่ฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและพร้อมเข้าฝึกอาชีพ

บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ญาติ/ผู้ดูแล เป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิด กับผู้ป่วยมากที่สุดใน การดูแลผู้ป่วย ต่อที่บ้าน ผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ญาติ/ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

1. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ใช้การสื่อสารทางบวก ไม่ตำหนิ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ดูแลการกินยาอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงหรือ ผิดปกติ และเมื่อพบอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ก่อน ไม่ควรเพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง
3. ช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทํากิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขอนามัย เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ กินอาหาร ฯลฯ และการอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น การจัดเก็บที่นอน การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การล้างจาน การซักผ้า การทิ้งขยะ การขับถ่าย ฯลฯ รวมทั้ง ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือ เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
4. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้อยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติ/ผู้ดูแลในระยะยาว
5. สังเกตอาการ พฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น พูดคนเดียว หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ญาติ/ผู้ดูแลไม่ควรตำหนิ หรือ กระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย หากอาการเกิดขึ้นบ่อย รุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ควรปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้าน
6. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้

การเตรียมชุมชน

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนโดยการแนะนำทีมงาน แจ้งวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมชุมชน ใช้วาจาสุภาพในการสื่อสารและให้เกียรติ
2. ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย ผลกระทบและความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิต
3. เตรียมความพร้อม วางแผน กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับชุมชน
4. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน หลังจากการเตรียมครอบครัวและชุมชน

โดยสรุปการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต การติดตามดูแลต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ป้องกันการกำเริบและการป่วยซ้ำ ส่งผลให้ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง และเกิดความปลอดภัยต่อสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคม

เครื่องมือ/เอกสารที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อ

เครื่องมือ/เอกสารที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย มีดังนี้

1. แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
2. แบบคัดกรองโรคจิต
3. แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (บส.08)/โปรแกรม Thai Refer/แบบฟอร์ม discharge planning

(บทที่ 6)

การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทักษะ ในประเด็นการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

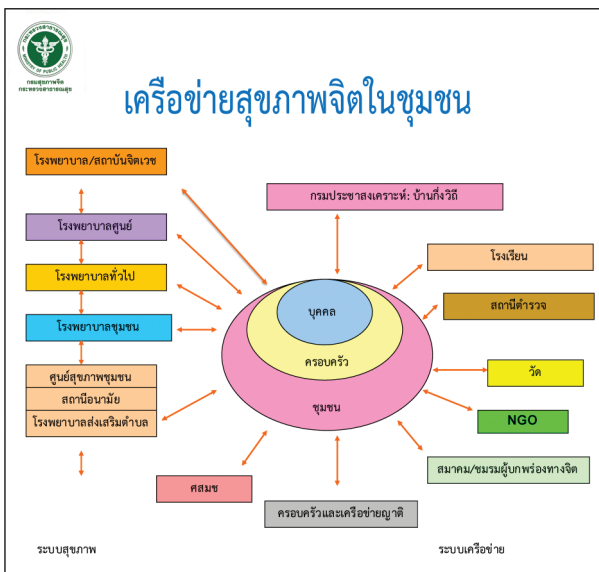
เนื้อหาสาระ

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
- ระบบการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนและบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง
- การดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ
- การจัดการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ
- การประเมินอาการทางจิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- การติดตามเยี่ยมบ้าน

การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด หรือขาดผู้ดูแล รวมทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือ โดยมีแนวทางประเมินปัจจัยเสี่ยงจากหลัก 2 ย 1 ส (ญาติ/ผู้ดูแล ยาและสารเสพติด) เพื่อวางระบบหรือรูปแบบเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในชุมชน นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการสะท้อนถึงปัญหา และวางแผนการติดตามดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายในเขตสุขภาพ

การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพ เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน



การดูแลต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มผลลัพธ์ในการใช้ชีวิตตามปกติของผู้ป่วยให้ดีที่สุด จะเห็นว่าการดูแลของโรคจิตจะมีระดับการดูแลซึ่งมีทั้งผู้ป่วย คนในครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขมีบทบาทในการรักษาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำรวจ โรงเรียน วัด หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการอื่นๆ การดูแลจึงเป็นการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน และการดูแลที่สำคัญ เกิดในระดับของชุมชนมากกว่าส่วนอื่นๆ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง หมายถึง การเฝ้าระวังดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชภายใต้สิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร่วมกับ อสม. ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อ

- ป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำ
- ประเมินปัญหาที่อาจทำให้อาการกำเริบซ้ำหรือขัดขวางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

ความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

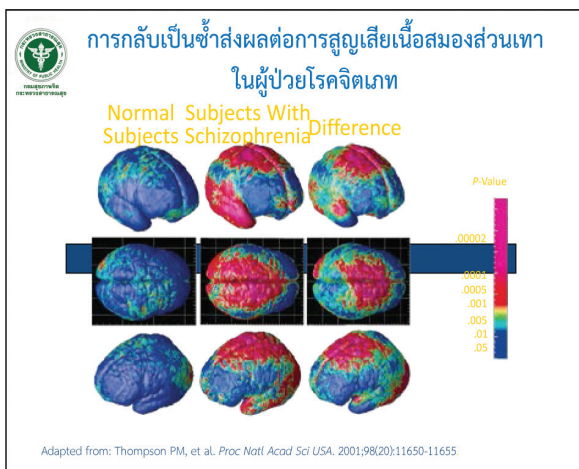
การดำเนินโรคที่เรื้อรัง เป็นๆหายๆทำให้โรคจิตเภทจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดการรักษา มีรายงานวิจัยว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคนี้ (60%) ขาดยาหรือกินไม่สม่ำเสมอ และการขาดการรักษาภายใน 1 ปี ทำให้กลับเป็นซ้ำได้ถึง 60% เทียบกับการกินยาต่อเนื่องซึ่งมีการกลับเป็นซ้ำแค่ 20% การกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ส่งผลต่อการบกพร่องทางสมองและหน้าที่การงานไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนป่วย

การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเริ่มกลับมามีอาการซึ่งสามารถสังเกตได้จากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบการให้บริการที่เปลี่ยนไปหรือระดับคะแนนที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่

1. การมีอาการที่ส่อว่าอาจมีพฤติกรรมรุนแรงแก่ตนเอง ชั่วของหรือบุคคลอื่น
2. ความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากการควบคุมดูแลอาการของญาติ
3. การรับไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาล
4. เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

เป้าหมายของโรคจิตยังเป็นการลดการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่การกลับเป็นซ้ำยังพบได้ร้อยละ 1.5 ต่อเดือนสำหรับผู้ป่วยในและร้อยละ 3-4 ต่อเดือนสำหรับผู้ป่วยนอก

การกลับเป็นซ้ำส่งผลต่อการสูญเสียเนื้อสมองส่วนเทาในผู้ป่วยโรคจิตเภท



จากภาพด้านบนเป็นการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเริ่มแรกด้วยการใช้ MRI scan และประเมินอีกครั้งด้วยวิธีเดิม ในอีก 5 ปีต่อมาทำให้เห็นว่าการลดลงอย่างต่อเนื่องและจำนวนมากของเนื้อสมองอย่างชัดเจนในผู้ป่วยเทียบกับคนปกติการศึกษานี้บอกว่าการเสื่อมลงของความคิด ความจำ การตัดสินใจ อาจมาจากการเสื่อมถอยของสมองนั่นเอง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่



1. การได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือการขาดยา ทั้งสองกรณีส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของอาการได้ในที่สุด มีรายงานว่า การใช้ยาชนิดระยะยาว (Long acting antipsychotic) สามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าการกินยาและการกินยาโดยมีการให้คำแนะนำ/ควบคุมดูแลจะส่งผลดีต่อการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการกินยาคนเดียว
2. การมีภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลหรือขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง
3. การขาดความสามารถในการทำหน้าที่ได้ปกติเหมือนผู้อื่น
4. ญาติมีหน้าที่ในด้านลบต่อผู้ป่วยหรือทอดทิ้งไม่ดูแล
5. การใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า กัญชา

การกลับเป็นซ้ำที่พบได้บ่อย

- การกินยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยาเป็นสาเหตุที่สำคัญในการกลับเป็นซ้ำเป็น 5 เท่าของสาเหตุอื่นๆ
- สาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ การมีอาการกำเริบของโรค ทัศนคติข้างเคียงของยาไม่ได้และการขาดความรู้/ทัศนคติที่ดีในการกินยา

- การกินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านนี้เป็นพิเศษ

ขั้นตอนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1. การค้นหาสัญญาณเบื้องต้นว่าผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือไม่
2. การประเมินปัจจัยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ
3. การค้นหาสาเหตุในการกลับเป็นซ้ำโดยส่วนใหญ่การกินยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญในการกลับเป็นซ้ำจึงควรดูแลและจัดการประเด็นทุกครั้ง

การจัดการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ



การดูแลทางสังคมจิตใจ

- การสังเกตอาการและอาการข้างเคียงจากยา
- การปรับระยะเวลาการนัดเร็วขึ้น
- การให้ความรู้เรื่องการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- การส่งต่อเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลการกินยาต่อเนื่อง (home visit)
- โปรแกรมการจัดการกินยาต่อเนื่อง
- การทำความเข้าใจและพฤติกรรมบำบัด

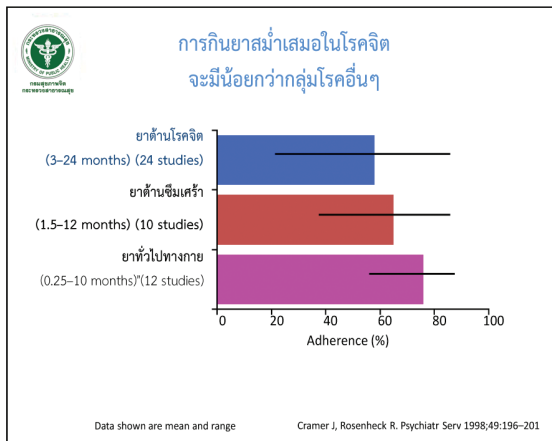
การรักษาด้วยยา

- การปรับขนาดของยาเพื่อลดอาการข้างเคียง
- การใช้ยานี้ระยะยาว ได้แก่ Fendec, Haldol Decanoate, Fluanxol Depot, Clopixal Depot และ Risperido lConsta

เน้นการดูแลทั้งด้านยาและสังคมจิตใจ พบว่า หลายตัวอย่างสามารถนำมาเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินการลดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข การป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุดคือ การมีกลยุทธ์ประเมินการกินยาต่อเนื่อง การจัดการที่ผสมผสานระหว่างด้านยาและสังคมจิตใจจะดีกว่าอย่างใดอย่างหนึ่ง

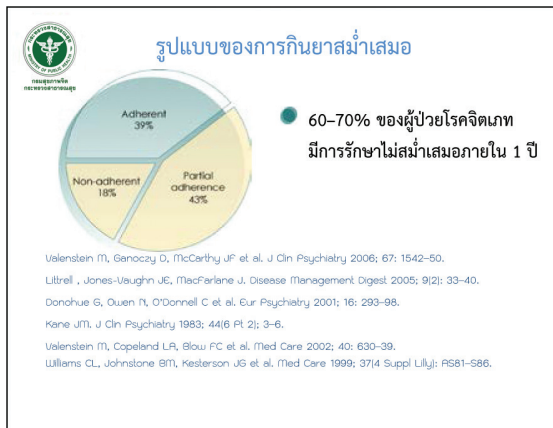
ความสม่ำเสมอในการกินยา

การกลับเป็นซ้ำในเวชปฏิบัติมีปริมาณ 3 เท่าเทียบกับที่ควรจะเป็น เหตุผลหลักของการกลับเป็นซ้ำ คือ การกินยาไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการตัดสินใจที่บกพร่องและการขาดการรับรู้ผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเอง นอกจากนี้การไม่ตระหนักถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้จากการกินยายังเป็นสาเหตุรองด้วยทำให้ปฏิเสธที่จะกินยาสม่ำเสมอ



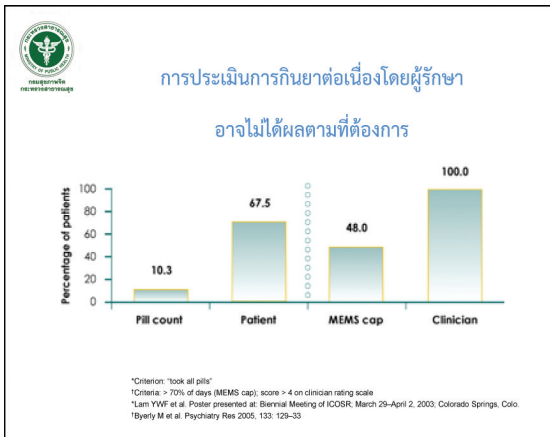
จากภาพนี้แสดงให้เห็นถึงอัตราการกินยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจะมีอัตราการกินยาสม่ำเสมอที่ต่ำที่สุดประมาณ 58% ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประมาณ 65% และผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคจิตเวชประมาณ 76% (Cramer et al., 1998)

รูปแบบของความสม่ำเสมอในการกินยา พบว่ามี 3 กลุ่ม



1. ผู้ป่วยที่ประเมินจากวิธีต่างๆ แล้วว่ามีการกินยาสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 1 ปีพบร้อยละ 39
2. ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอบางครั้ง (partial adherence) พบร้อยละ 43
3. ผู้ป่วยที่ขาดยาเป็นประจำ (poor adherence) พบร้อยละ 18 ในกลุ่มที่เป็น partial และ poor adherence มีถึงร้อยละ 61 และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำห้วง

การประเมินการกินยาสม่ำเสมอโดยผู้รักษา



จากภาพนี้ พบว่าผู้รักษาอาจทำการวินิจฉัยภาวะกินยาสม่ำเสมอผิดพลาดเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ได้แก่ การนับเม็ดยาและการติดเครื่องรับสัญญาณไว้ที่ฝ่ากระปุกพบว่า ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอจะเหลือเพียงร้อยละ 48 และ 10.3 เท่านั้น ฉะนั้นการประเมินการกินยาอาจต้องใช้หลายกลวิธีและเปรียบเทียบกัน ผู้รักษาอาจต้องเปิดใจและรับฟังผู้คัดกรองภาวะกินยาสม่ำเสมอด้วย

รูปแบบการประเมินการกินยาต่อเนื่อง มีหลากหลายวิธี ได้แก่

รูปแบบการประเมินการกินยาต่อเนื่อง

- การซักข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล
- การสังเกตการมาผิดวันนัด
- การนับเม็ดยา
- การเจาะระดับยาในเลือด
- การใช้ MPR
- การใช้แบบประเมิน
 - Morisky Thai 8 items – general
 - MARS 10 items- psychiatry
 - DAI-30, DAI-10

1. การชักข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล
2. การสังเกตการมาผิดวันนัด
3. การนับเม็ดยา
4. การเจาะระดับยาในเลือด
5. การใช้ MPR
6. การใช้แบบประเมินภาวะของ drug adherence ได้แก่ Morisky หรือ MARS

การจัดการกับภาวะการกินยาไม่ต่อเนื่อง (Adherence intervention)

หลังจากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการขาดยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องแล้ว ให้พิจารณาว่า ปัญหาของการกินยาไม่ต่อเนื่องดังกล่าวมาจากสาเหตุใดแล้ว จัดการที่สาเหตุนั้น บางครั้งอาจพบสาเหตุของการกินยาไม่ต่อเนื่องได้หลายวิธี และจำเป็นต้องประสานงานกับหลายวิชาชีพ ได้แก่ การเดินทางและค่าใช้จ่าย อาจพิจารณาการส่งต่อกลับบ้านหรือตามสิทธิของผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ได้รับยาต่อเนื่อง

ในส่วนของแพทย์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องมักเกิดจากอาการทางจิตหรือฤทธิ์ข้างเคียงของยา อาจพิจารณาปรับขนาดยาหรือมียาเพื่อให้เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและขาดการดูแลจากญาติ การฉีดยาระยะยาวที่ออกฤทธิ์ 1 เดือน อาจเหมาะสมกว่า เป็นต้น

ทีมสหวิชาชีพอาจใช้กระบวนการสังคมจิตใจ ที่สำคัญมากที่สุด ได้แก่ การปรับทัศนคติและให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่สำคัญแก่ญาติและผู้ป่วย นอกจากนั้นการให้คำปรึกษาเรื่องยาในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาหรือการสร้างแรงจูงใจเชิงบวก การสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วย

ทีมจิตเวชเชิงรุกอาจพิจารณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในกรณีผู้ป่วยที่ซับซ้อนด้วยอาจใช้ระบบการเตือนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาหรือมาตามนัดการรักษาก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่แพร่หลาย การเลือกระบบที่ช่วยจัดการปัญหาการกินยาไม่ต่อเนื่อง ควรเป็นไปตามสาเหตุของผู้ป่วยและข้อจำกัดของบริบทพื้นที่

แนวทางการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

ผังไหลกระบวนการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน



ผู้ป่วยโรคจิตที่ขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการดูแลได้ เป็นสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งหน่วยงานบางพื้นที่ยังไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งมีผลต่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต เช่น การจัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับอาการ แนวทางการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และการดูแลช่วยเหลือจำแนกตามกลุ่มอาการ การติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือ/แบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน รวมทั้งบทบาทของพยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) อสม./อสส./อสค.และญาติ/ผู้ดูแล

บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

การติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่ระดับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./อสม./อสส./อสค./จิตอาสา รวมทั้งญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

บทบาทของพยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.

พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขใน รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมากที่สุด และให้การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีแนวทางการการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่รับผิดชอบ และผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจาก รพศ./รพท./รพช./โรงพยาบาลจิตเวช

2. จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับอาการ เป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 สีเขียว ผู้ป่วยโรคจิตระยะอาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่พูดคุยรู้เรื่อง กินยาต่อเนื่อง ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และมีญาติ/ผู้ดูแลให้การดูแลดี (ยาดี - ญาติ/ผู้ดูแลดี)

กลุ่มที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและมีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (ญาติไม่ดี - ยาดี, ญาติดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด : 2ย 1ส) หรือมีสัญญาณของอาการกำเริบซ้ำจากการประเมิน 5 Red Flags เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

กลุ่มที่ 3 สีแดง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง และมีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาการดูแลในเรื่องขาดยาขาดผู้ดูแล ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงจะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน (ญาติไม่ดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด + ความรุนแรง)

3. ติดตามเยี่ยมประเมินอาการ โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และให้สุขภาพจิตศึกษา/จิตสังคมบำบัดแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน รวมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

กรณีที่ใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน หากพบด้านที่ 1 (ด้านอาการทางจิต) เท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ให้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามแนวทาง ดังนี้

1) กรณีกึ่งเร่งด่วน Semi-urgency (คะแนน OAS = 1)

พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์เบื้องต้น ภายใน 24 ชั่วโมง การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal management) หรือประสานปรึกษาแพทย์และ/หรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาในสถานที่เกิดเหตุ ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ทุก 8-12 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่สงบแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือประสานแจ้ง 1669 นำส่งมายังโรงพยาบาลชุมชน

2) กรณีเร่งด่วน Urgency (คะแนน OAS = 2)

พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ประสานแจ้ง 1669 เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่

3) กรณีฉุกเฉิน Emergency (คะแนน OAS = 3)

พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข พบว่าเกินขีดความสามารถ ประสานแจ้ง 1669 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่

4. แนวทางการดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 สีเขียว ผู้ป่วยโรคจิตระยะอาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่พูดคุยรู้เรื่อง กินยาต่อเนื่อง ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และมีญาติ/ผู้ดูแลให้การดูแลดี (ยาดี - ญาติ/ผู้ดูแลดี)

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./อสค./จิตอาสา	• ประเมินปัจจัยเสี่ยง • ติดตามประเมินเยี่ยมให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแล โดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ สอบถามความเป็นอยู่ การกินยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการมารับยาตามนัด	• แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) • แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลา การติดตาม
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน และให้ความสำคัญกับการกินยาต่อเนื่อง	แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	- เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 - 9 - เดือนที่ 2 - 5 ประเมินด้านที่ 1 - 4
รพช./รพท./รพศ.	- ร่วมกับ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจและตระหนักในการกินยาต่อเนื่อง - การจัดการความเครียดของญาติ - การสร้างแรงจูงใจในการกินยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง	แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	- เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 - 9 - เดือนที่ 2 - 5 ประเมินด้านที่ 1 - 4

กลุ่มที่ 2 สีเหลือง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและมีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (ญาติไม่ดี - ยาดี, ญาติดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด : 2ย 1ส) หรือมีสัญญาณของอาการกำเริบซ้ำจากการประเมิน 5 Red Flags เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./อศค./จิตอาสา	- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกำเริบซ้ำ - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแล - เฝ้าระวังอาการกำเริบของผู้ป่วย ประสานให้ข้อมูล รพ.สต.	- แนวทาง การประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) - แนวทาง ประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	เฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	- ทุก 1 เดือน - จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
	• การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma • เน้นการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity of Daily Living) • สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง • ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	• แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	
รพช./รพท./รพศ.	• ร่วมกับ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ • ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม • สุขภาพจิตศึกษาในญาติ/ผู้ดูแล • กิจกรรมคลายเครียด • กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต • หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม • การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma	• แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน • ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	• ทุก 1 เดือน • จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
	● กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประคองสำหรับญาติ/ผู้ดูแล ● สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง ● ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	● แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	

กลุ่มที่ 3 สีแดง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง และมีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาการดูแลในเรื่องขาดยา ขาดผู้ดูแล ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงจะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน (ญาติไม่ดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด+ความรุนแรง)

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./อสค./จิตอาสา	● ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกำเริบซ้ำ ● ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ ● ประสานส่งต่อ	● แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) ● แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	● เฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ● ทุก 1 เดือน

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในญาติ/ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma - สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - ประสานส่งต่อ รพช./รพท./รพศ. ตามระบบส่งต่อ	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- เฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
รพช./รพท./รพศ.	- ร่วมกับ รพ.สต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การบริการรายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในญาติ/ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma - กลุ่มจิตสังคมบำบัดประคับประคองสำหรับญาติ/ผู้ดูแล - สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - ประสานส่งต่อ รพจ. ตามระบบส่งต่อ	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- เฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน - เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (ตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน) ให้ติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์

5. สรุปผลการติดตาม ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)/จิตอาสา

อสม./อสส/อสค./จิตอาสาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำ ดังนั้น อสม./อสส/อสค./จิตอาสา จึงควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ตามแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags) ดังนี้

2.1 แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา ☐ กินยาไม่สม่ำเสมอ ☐ กินยาสม่ำเสมอ
2. ญาติ/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล ☐ มีปัญหาในการดูแล ☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด (บุหรื/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ ☐ ใช้นั่ง ☐ ไม่ใช้

2.2 แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)

5 Red Flags “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง” ซึ่งมีอาการดังนี้

- 1. ไม่หลับไม่นอน** : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอนหลับๆ ตื่นๆ
- 2. เดินไปเดินมา** : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ
- 3. พูดจาคนเดียว** : พูด ย้ำ หัวเราะคนเดียว
- 4. หงุดหงิดฉุนเฉียว** : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว
- 5. เทียบหวาดระแวง** : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง

2.3 การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนการกำเริบซ้ำ มีดังนี้

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการจัดการสำหรับ อสม./ออสส./อสค.
1. การกินยา	- ประเมินเรื่องการกินยา หากพบว่า มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่กินยาประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินยา - ให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
2. ญาติ/ผู้ดูแล	กรณีมีปัญหาญาติ/ผู้ดูแล - ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ขอความร่วมมือแกนนำในชุมชนในการร่วมวางแผนการดูแล เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. เทศบาล และประสานส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ กรณีไม่มีปัญหาในการดูแล - เฝ้าระวัง สังเกตอาการ
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ/สารเสพติดอื่นๆ)	- แนะนำญาติ/ผู้ดูแล เรื่อง “การลด/เลิกใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ/สารเสพติดอื่นๆ)” - สังเกตอาการ และประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
4. อาการเตือนตามแนวทางการประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	เมื่อพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล

1. การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต

ญาติ/ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด เพราะเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แล้วญาติ/ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลจึงควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยาโดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. การดูแลเรื่องการกินยาตามแผนการรักษา ญาติ/ผู้ดูแลควรชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยาตามแผนการรักษา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
2. ญาติ/ผู้ดูแลควรกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว
4. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น พุดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิติเตียนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกวนผู้อื่น
6. เฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ)

2. การจัดการความเครียดของญาติ/ผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือกำเริบซ้ำ มีพฤติกรรมที่ไม่แน่นอน ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดกับญาติ/ผู้ดูแล หรือทุกคนในบ้าน จึงมีแนวทางการจัดการความเครียดของญาติ/ผู้ดูแล ดังนี้

1. ระบายความทุกข์ใจ ปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข
2. ให้คิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้โอกาส ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำให้อภัย ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพราะมีอาการทางจิต
3. เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวยอมรับว่าญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วยอื่นก็มีความทุกข์เช่นกัน การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ จะได้รับกำลังใจ ความรู้ และวิธีการปรับตัวปรับใจได้ดีขึ้น
4. มีความหวัง ให้กำลังใจตนเอง “สักวันหนึ่งจะดีขึ้น” “รักษาเขาให้ดีขึ้น อย่าท้อแท้ ต้องอดทนต่อไป”
5. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง
6. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เช่น ดูแลต้นไม้ ฟังเพลง ออกกำลังกาย เป็นต้น
7. ถ้าญาติ/ผู้ดูแล มีความเครียดสูงมากหรือส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

- ทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
- แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)
- แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

หมายเหตุ เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอยู่ในภาคผนวก

การติดตามเยี่ยมบ้าน

การติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นการลดการกลับเป็นซ้ำและทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการส่งเสริมการดูแลตนเองจึงเป็นหัวใจในการทำงานเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายในชุมชน

ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้าน

1. ขั้นเตรียมการ
 - ศึกษาข้อมูลประวัติผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน
 - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อบันทึกหมายเวลา
 - เตรียมเครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
2. ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน
 - สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและวัตถุประสงค์
 - ประเมินภาวะสุขภาพจิต อารมณ์และสอบถามปัญหา **สิ่งสำคัญคือ** ต้องประเมินความคิดอยากทำร้ายคนอื่นหรือฆ่าตัวตายทุกครั้ง กรณีผู้ใช้บริการมีภาวะเครียดจากปัญหาต่างๆ

- ประเมินอาการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจพบขณะลงเยี่ยมบ้าน ทีมระดับชุมชน/ทีมระดับอำเภอ ปฏิบัติตามแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
- นัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ตัวอย่างคำพูดเมื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

“วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ”

“อยู่บ้านมีอะไรทำให้หนักใจหรือเปล่าคะ”

“มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่าคะ”

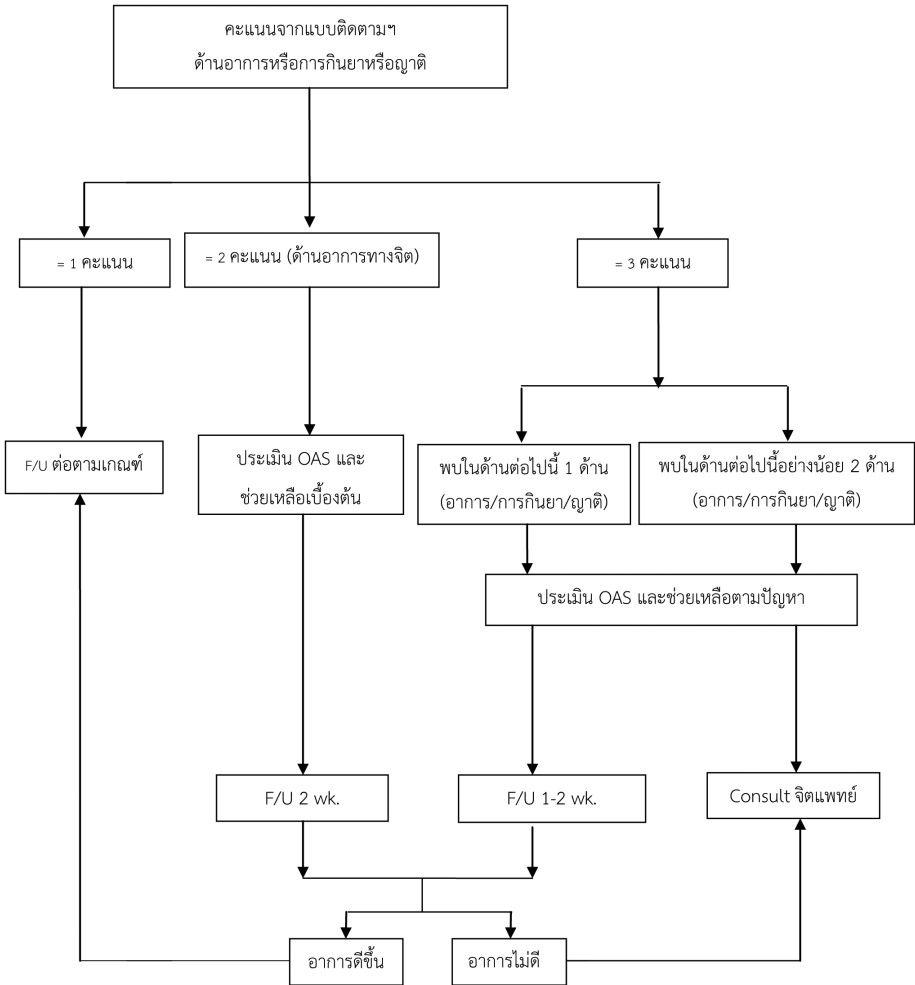
“คุณมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่คะ”

“คุณมีความระแวงหรือตั้งใจอยากแกล้งหรือทำร้ายคนอื่นหรือไม่”

3. สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

สรุปผลการติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลตามระบบของหน่วยงาน

แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน



การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต 1 ปี โดยติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1 เดือน หลังผู้ป่วยได้รับการรักษา ผลคะแนนจากแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ด้านอาการหรือด้านการกินยาหรือด้านญาติ ควรปฏิบัติ ดังนี้

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
ด้านที่ 1 (อาการ) หรือ ด้านที่ 2 (การกินยา) หรือด้านที่ 3 (ญาติ)	1 คะแนน	ติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	อสม./อสส./ อสค./ จิตอาสา/ รพ.สต.
	2 คะแนน	● ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามปัญหา ● เผื่อระวังอาการกำเริบ ● หากประเมินพบในด้านที่ 1 (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ● ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ ● หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์	แกนนำ ชุมชน/ รพ.สต./ รพช.

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
	3 คะแนน	ให้การช่วยเหลือตามปัญหา ● เฝ้าระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด ● หากประเมินพบในด้านที่ 1 (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ● ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์ ● หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์	แกนนำ ชุมชน/ รพ.สต./ รพช./รพท./ รพศ./รพจ.
พบอย่างน้อย 2 ด้าน (อาการ/การกินยา/ ญาติ)	3 คะแนน	● ให้การช่วยเหลือตามปัญหา ● เฝ้าระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด ● หากประเมินพบในด้านที่ 1 (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และปฏิบัติตามแนวทางทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ● ส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์ ● ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์	แกนนำ ชุมชน/ รพ.สต./ รพช./รพท./ รพศ./รพจ.

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
ด้านที่ 1-9 ในเดือน ที่ 6		≤ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน ≥ 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อ ประเมิน ICF	รพ.สต. รพช.

หมายเหตุ : การประเมินด้านที่ 1-4 ประเมินทุกเดือน
(โดยด้านที่ 4 เป็นการประเมินสมรรถนะเพื่อวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยเบื้องต้น)

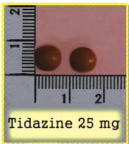
บรรณานุกรม

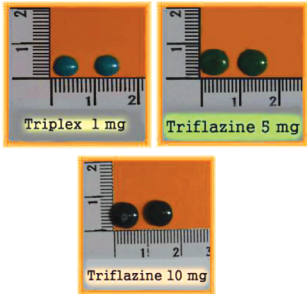
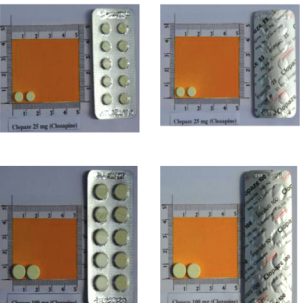
- กรมสุขภาพจิต. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). คู่มือผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์. (2555). ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(3), 357-370.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2554). หลักสูตรการอบรมโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย (ฉบับทดลองใช้). โครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร.
- อภิชัย มงคลและคณะ (2545). แบบคัดกรองโรคจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- Andreasen N, Carpenter W, Kane J, Lasser R, Marder S, Weinberger D. (2005). Remission in Schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 162, 441-49.
- Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. (2000) The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. J Med Assoc Thai. 83, 646-51.

ภาคผนวก

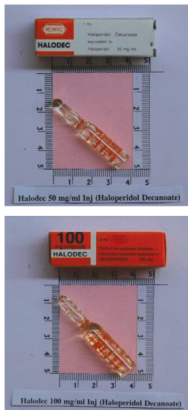
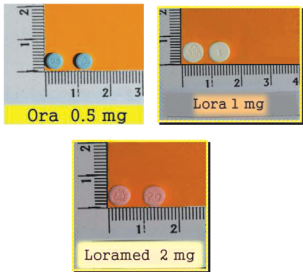
- ตัวอย่างยารักษาอาการทางจิต
- แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
- แบบคัดกรองโรคจิต
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
- แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ (บส.08)
- รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

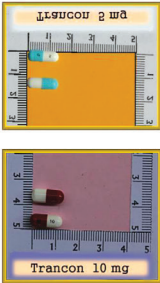
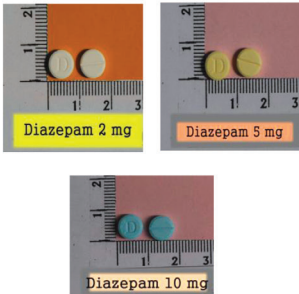
ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต

    	1. Hadol, Halop, Halolop, Haloperidal ลักษณะ เม็ดกลมเล็กสีเหลือง (2 มิลลิกรัม) เม็ดกลมเล็กสีฟ้า (5 มิลลิกรัม) เม็ดกลมเล็กสีขาว (10 มิลลิกรัม) วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการทางจิต และผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว มีพฤติกรรมรุนแรง ขนาด 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม ตัวทื่อ ลิ้นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก หน้ำมืด ใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นต้น ข้อพึงระวัง หมดสติเกิดอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการดังกล่าวมากจนผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
    	2. ไธโอริดาซีน (Thioridazine) ลักษณะ เม็ดเคลือบกลมสีเขียวอ่อน (25 มิลลิกรัม) เม็ดเคลือบกลมสีน้ำตาล (50 มิลลิกรัม) เม็ดเคลือบกลมสีเขียว (100 มิลลิกรัม) วัตถุประสงค์ ควบคุมอาการทางจิต ควบคุมอาการทางประสาท เช่น เครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ ขนาด 25 มิลลิกรัม 50 มิลลิกรัม 100 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีผื่นขึ้น น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะคั่ง บวม การมองเห็นภาพเป็นสีน้ำตาล ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ท้องเสีย ข้อพึงระวัง สังเกตอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ในการลุกเปลี่ยนท่า เมื่อมีอาการหน้ามืด มึนศีรษะ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

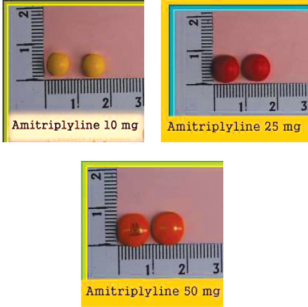
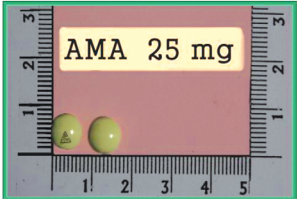
ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต	
	3. ไตรฟลูโอเพอราซีน (Trifluoperazine) ลักษณะ แคปซูลสีขาวฟ้า หรือเม็ดกลมสีฟ้า วัตถุประสงค์ รักษาอาการทางจิต ขนาด 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ตัวท้อ ลื่นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น ตาพร่ามัว เกิดอาการแพ้แสง ข้อพึงระวัง สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	4. ริสเพอริโดน ควิกเก็ต (Risperidone Quicklet) ลักษณะ เป็นยาเม็ดรูปกลมขาว เนื้อนุ่มเมื่อถูกความชื้น วัตถุประสงค์ ใช้รักษาโรคจิตเภทชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ขนาด 1-2 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน หลังอาหารทันที ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ลูกขึ้นหน้ามืด มือสั่น ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง บวม น้ำหนักตัวเพิ่ม แต่จะพบอาการข้างเคียงน้อย ข้อพึงระวัง ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	5. โคลซาพีน (Clozapine) ลักษณะ ยาเม็ดไม่เคลือบ วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการทางจิต ขนาด 25 มิลลิกรัม 100 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน หลังอาหาร ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม น้ำลายไหลมาก ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก น้ำหนักตัวเพิ่ม (พบบ่อย) มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เม็ดเลือดขาวต่ำ ลูกขึ้นหน้ามืด ข้อพึงระวัง ติดตามผลของการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวเป็นช่วงๆ ให้ระวังอุบัติเหตุล้มจากการลุกขึ้นหน้ามืด การเดินของหัวใจผิดปกติ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง ข้อเพิ่มเติม มักเป็นยาต้านโรคจิตที่ใช้ในกรณีของอาการของโรครุนแรงหรือเป็นโรคจิตที่เรื้อรัง ยากแก่การรักษา ไม่ใช่เป็นยารักษาอาการทางจิตตัวแรก เนื่องจากมีปัญหาทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำได้ จึงจำเป็นต้องเจาะเลือดเป็นระยะ ส่วนใหญ่ประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต

	6. ฮาล์ดอล เดคาโนเอต (Haldol decanoate) ลักษณะ เป็นยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ชื่อการค้า Halodol วัตถุประสงค์ ใช้รักษาโรคจิตเภทเรื้อรัง ขนาด หลอดละ 50 มิลลิกรัม หรือ 100 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลาฉีด ตามแพทย์สั่ง ส่วนใหญ่ประมาณ 2-4 อาทิตย์ต่อการฉีดหนึ่งครั้ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม อาการสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหล เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ข้อพึงระวัง เปลี่ยนท่าช้าๆ ถ้ามีอาการมึนงง หรือปวดศีรษะจากความดันโลหิตต่ำห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	กลุ่มยารักษาอาการวิตกกังวล 7. แอดิตีแวน (Ativan) ลักษณะ เม็ดกลมเล็กสีขาว (1 มิลลิกรัม) เม็ดกลมเล็กสีฟ้า (0.5 มิลลิกรัม) ชื่อสามัญ lorazepam ชื่อการค้า Ativan, loramed, ora วัตถุประสงค์ ลดอาการวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับ ขนาด 0.5 มิลลิกรัม 1 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม เวียนศีรษะ กล้ามเนื้อไม่มีแรง เดินเซ ข้อพึงระวัง สังเกตอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระมัดระวังในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หญิงที่กำลังตั้งครรภ์และให้นมบุตร ไม่ควรกินยาอื่น ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต	
	8. ทรานซีน (Tranxene) ลักษณะ แคปซูลสีชมพูขาว ชื่อสามัญ Dipotassium Chlorazepate ชื่อการค้า Tranxene, Trancon วัตถุประสงค์ ใช้คลายความวิตกกังวล ผู้ที่นอนไม่หลับ ขนาด 5 มิลลิกรัม 10 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา มึนงง สับสน ง่วงนอน ข้อพึงระวัง ไม่ควรทำงานกับเครื่องจักร และขับชียานยนต์ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	9. ไดอะซีแพม (Diazepam) ลักษณะ ยาเม็ด ยาฉีด ชื่อการค้า Valium วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ขนาด 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม และ 10 มิลลิกรัม ยาฉีด 10 มิลลิกรัม/2 ซีซี จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงนอน ชีพจรเร็ว อ่อนเพลีย วิงเวียน ปากแห้ง ปวดศีรษะ ท้องเสีย ข้อพึงระวัง ถ้าใช้เป็นประจำอาจทำให้เกิดอาการติดยา ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	กลุ่มยารักษาอาการซึมเศร้า 10. ฟูล็อกซ์ (Fulox) ลักษณะ เป็นยาเม็ดรูปรี สีเขียว ชื่อสามัญ Fluoxetine ชื่อการค้า Prozac, fulox, Oxetine, Oxsac, Flutine วัตถุประสงค์ รักษาอาการภาวะซึมเศร้า ขนาด เม็ดละ 20 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน หลังอาหารเช้า ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย นอนไม่หลับ วิตกกังวล ปวดศีรษะ ตัวสั่น ง่วง ซึม ปากแห้ง เหงื่อออก ท้องเสีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ข้อพึงระวัง ไม่ควรรับประทานเกินเวลาหลังเที่ยงวัน กินยาพร้อมอาหาร ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต

	11. อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) ลักษณะ ยาเม็ดเคลือบสีแดง ชื่อการค้า Tryptanol, Trypta วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการซึมเศร้า ขนาด 10 มิลลิกรัม 25 มิลลิกรัม และ 50 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน หลังอาหารตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความดันต่ำ ง่วงซึม ปากแห้ง การรับรสผิดปกติ ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง ข้อพึงระวัง ถ้าได้รับยาเกินขนาดอาจเกิดอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
	ยานอนหลับ 12. เอมา (AMA) ลักษณะ เม็ดเคลือบทองกลมสีเหลือง ชื่อสามัญ Amobarbital + Chlorpromazine วัตถุประสงค์ เป็นยานอนหลับ บางครั้งใช้เป็นยาคลายกังวลที่แรง ขนาด 25 มิลลิกรัม จำนวน ตามแพทย์สั่ง เวลารับประทาน ก่อนนอน หรือเวลนอนไม่หลับ ตามแพทย์สั่ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผื่นคัน เวียนศีรษะ ง่วงนอน หน้ามืด หายใจลำบาก อาจเกิดตับอักเสบ ข้อพึงระวัง ห้ามกินยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง หากนอนไม่หลับต้องปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต



กลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช

13. เบนซ์เฮกซอล (Benzhexol)

ลักษณะ เม็ดกลมเล็กสีขาว

ชื่อการค้า ACA, Artane

วัตถุประสงค์ ใช้ลดอาการข้างเคียงของยาตัวอื่นๆ ที่ทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ

ขนาด 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม

จำนวน ตามแพทย์สั่ง

เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ปากแห้ง มีน ตาพร่า ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อคลายตัว ท้องผูก นอนไม่หลับ ง่วงซึม ปัสสาวะออกยาก

บางราย อาจกระตุ้นการดื่มน้ำมาก และมีอาการหลงลืมง่าย มีนงง

ข้อพึงระวัง ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง อาจมีฤทธิ์ทำให้เคลิบเคลิ้ม

สบายใจ ซึ่งนำไปสู่การกินยาเพิ่มได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่เข้าเฝ้าความจำเป็น

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. หวาดระแวงโดยไม่สมเหตุสมผล		
5. ทำอะไรแปลกๆ ผิดจากคนปกติ		
6. พูดหรือบอกคนรอบข้างว่าเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น		

การแปลผล:

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

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. ซัดข่วนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล		
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคายรุนแรง		
3. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น		
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ		
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุสมผล		
6. รื้อหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย		
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก		

การแปลผล:

มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แบบคัดกรองโรคจิต

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่.....

เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย การศึกษา.....อาชีพ.....
สถานภาพสมรส.....

จงกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น (ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบันมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีอาการต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วนวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สนใจสิ่งใด		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์คนไข้	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

คะแนนรวมทั้งหมด ☐ ส่งต่อ ☐ ไม่ส่งต่อ



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต

หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า สิบ้า บ้า ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้ มีการกระทำหรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีการติดต่อกัน 1 เดือน)

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด

- บุคคลที่เชื่อ** หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - พูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ
 - เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
 - พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ
- แต่สิ่งที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม** ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกาย ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าไม่ทันและหลาย ๆ ครั้ง
 - ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลนตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ
 - นำผ้าในที่สาธารณะ
 - ใส่เสื้อผ้าสีสดฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากเกินไปจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลึกลับซึ่งไม่ใช้งานเทศกาลต่างๆ
- การก้าวร้าวอย่างร้ายแรง** ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล
- แยกตัวออกจากสังคม** ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
 - แยกตัวออกจากคนอื่น ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
- หาสาระแสวงหาประโยชน์ไม่ได้** มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - หาสาระแสวงหาประโยชน์จะมาป้องกันภัยหรือทำร้าย
 - คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 - ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 - มีความคิดว่ามีอำนาจอย่างมาบังคับหรือควบคุม
 - คิดว่าคนรอบข้างมักกินอาหารหรือพูดถึงตนเอง
 - มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 - สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
- คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา** ได้แก่
 - เป็นภูติผีคน มีอิทธิฤทธิ์
 - คิดว่าตนเองร่ำรวย แยกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
 - คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
- พูดหรือเห็นภาพหลอน** มีการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 - เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
 - พูดคนเดียวเหมือนกำลังตอบใคร
 - ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
- มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป** มีพฤติกรรมที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - หิวหาวหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
 - อารมณ์เปลี่ยนไปมา
 - กรรไกรหรือทำอะไรโดยไม่มีเหตุผล
 - เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีใครอยาก เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

แบบสัมภาษณ์โคโรนา

- มีอาการหาสาระแสวงหาประโยชน์ไม่ได้** มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - หาสาระแสวงหาประโยชน์จะมาป้องกันภัยหรือทำร้าย
 - คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
 - ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
 - มีความคิดว่ามีอำนาจอย่างมาบังคับหรือควบคุม
 - คิดว่าคนรอบข้างมักกินอาหารหรือพูดถึงตนเอง
 - มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
 - สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
- คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา** ได้แก่
 - เป็นภูติผีคน มีอิทธิฤทธิ์
 - คิดว่าตนเองร่ำรวย คิดอยากแยกจ่ายเงินโดยไม่เห็นด้วย
 - คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
- พูดหรือเห็นภาพหลอน** มีการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
 - เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
 - พูดเพื่อโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน
 - ทำตามเสียงแว่วสั่ง

การแปลผลและการให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิต

การให้คะแนน แบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ใกล้เสี่ยง 3 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบคัดกรองโรคจิต มีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน โดยให้คะแนน ดังนี้
 ขึ้นไป 1 คะแนนขึ้นไปโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10	ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12
	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ 1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล 2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครอบครัว 3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ												
4. ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทํากิจวัตรประจำวันได้เลย												
5. ด้านการประกอบอาชีพ 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย												

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10	ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12
	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 1. ดี คือ ครอบครัวมีการขมေး ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่ 2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการขมေးบ้าง แต่ยังพบการดุด่า ตักเตือน ด่าว่า บางครั้ง 3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ดุถูก ด่าว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง												
7. ด้านสิ่งแวดล้อม 1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง 2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เรือน												
8. ด้านการสื่อสาร 1. ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ 2. ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย												

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10	ครั้งที่ 11	ครั้งที่ 12
	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้ป้องกัน												
1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้												
2. ปานกลาง คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้												
3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ จำไม่ได้ทำไม่ได้												

หมายเหตุ เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1-9

เดือนที่ 6 หากพบว่า ≤ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน
 ≥ 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF

เดือนที่ 2, 3 4 และ 5 ประเมิน 1-4 ด้าน

คำแนะนำ/การช่วยเหลือ.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

แบบประเมินพฤติกรรมแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
(Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3.ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอย กรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บ อวัยวะภายในหรือ หมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเองตึงผม โขก ศีรษะ ตัวเองเป็น รอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการ แสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้าย ผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉัน จะฆ่าแก่ ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับ บาดเจ็บ เช่น ขีด เคียด บวม เกิด บาดแผลกระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคายใช้ คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อ ผู้อื่นฟังชน เตะ ผลัก หรือตึงผมผู้อื่นแต่ ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความ โกรธหรือตะโกนด่า ผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของ ที่เป็นอันตรายหรือ จุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทุบวัตถุ หรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัด กระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมาย ดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ

HN.....

เลขที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก.....(โทรศัพท์.....)

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ.....เพศ.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ.....มาเพื่อโปรด

☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง ☐ ตรวจชั้นสูตร ☐ คุ่มสังเกต ☐ ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

3. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

7. รายละเอียดอื่นๆ.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ ☐ แจ้งความแล้ว ☐ ยังไม่ได้แจ้ง)

ลงชื่อ

...../...../.....

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่ออายุ

HN..... เลขที่บัตรประชาชน..... เพศ

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....
.....
.....

2. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....
.....

3. การรักษา / การดำเนินการ.....

.....
.....
.....

4. ขอให้ดำเนินการดังนี้

.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ข้อมูล

รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน
ประชุมปฏิบัติการเพื่อบูรณาการหลักสูตรวิทยาลัยการโรคจิต โรคซึมเศร้า
ยาเสพติดและฆ่าตัวตาย ระยะที่ 1
ระหว่างวันที่ 24 - 25 พฤศจิกายน 2557
ณ โรงแรมมารวย การ์เด็น จังหวัดกรุงเทพมหานคร

วิทยากร

- | | | |
|----------------------|-------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงพันธุ์นา | กิตติรัตน์ไพบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นายแพทย์ธณินทร์ | กองสุข | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 |
| 5. นางสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 6. นางจินตนา | ลิ้งเพิ่มพูน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 7. รศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและ
ฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. แพทย์หญิงหทัยชนนี | บุญเจริญ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 9. แพทย์หญิงสรสพร | จวงษ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- | | | |
|---------------------|---------------|-----------------------|
| 10. นายแพทย์ปทานนท์ | ขวัญสนธิ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 11. นางเพลิน | เสียงโซคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 12. นางอรษา | ฉวาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 13. นางลูกจันทร์ | วิทย์ถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 14. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

- | | | |
|-------------------|------------|-------------------------|
| 15. นางกนกวรรณ | สุดศรีวิไล | นักวิชาการสถิติชำนาญการ |
| 16. นางสาวธัญวรรณ | สุลำปิง | นักวิชาการสาธารณสุข |

สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- | | | |
|---------------------|---------------|------------------|
| 17. นายแพทย์อภิชาติ | เรณูวัฒนานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการ |
|---------------------|---------------|------------------|

โรงพยาบาลศรีธัญญา

- | | | |
|--------------------|--------|-----------------------|
| 18. นางสาวอนงค์นุช | ศาโศรก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------------|--------|-----------------------|

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- | | | |
|-------------------|----------|-----------------------|
| 19. นางภัทราจิตต์ | ศักดิ์ดา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-------------------|----------|-----------------------|

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- | | | |
|---|-------------|--|
| 20. นางवासนา | เหล่าคงธรรม | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ |
| 21. แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง | | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 22. นางไพรัตน์ | ชมพูนุตร | หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ |
| 23. นางสาวสุปราณี | พิมพ์ตรา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 24. นางวิมาลา | เจริญชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 25. นางสาวพลับพลึง | หาสุข | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

- | | | |
|---------------------------------|--------|-----------------------|
| 26. แพทย์หญิงกรองกาญจน์ แก้วซัง | | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 27. นางศิริภรณ์ | ชัยศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

- | | | |
|---------------------|-------------|-----------------------|
| 28. แพทย์หญิงมันทนา | กิตติพิรัชล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
|---------------------|-------------|-----------------------|

โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

- | | | |
|--------------|------------------|-----------------------|
| 29. นางนงนุช | กะพิมพ์ภิบาลบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------|------------------|-----------------------|

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

- | | | |
|---------------|----------------|-----------------------|
| 30. นางโชติพร | พันธุ์วัฒนาชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|---------------|----------------|-----------------------|

โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

- | | | |
|---------------|---------|---------------|
| 31. นางสุภาพร | สุโพธิ์ | พยาบาลวิชาชีพ |
|---------------|---------|---------------|

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

32. นางนาฏจุฑา รัตนสมบัติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

33. นางสาวพรจิตต์ ทองบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี

34. นางนุริยะ มามะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลรามาริบัติ

35. นายแพทย์วัชรพล สกฤติโรจน์ แพทย์ประจำบ้าน

36. นายแพทย์พฤทธิ์ ทองเพ็ญจันทร์ แพทย์ประจำบ้าน

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

37. นางกฤษณา จันทรตรี นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

38. นางสาวอุษา ลิ่มขีว นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

39. นางสาวจิตชนก โอภาสวัฒนา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

40. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

41. นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

42. นางชาดา ประจง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

43. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ

44. นางสาวนาเรรัตน์ พิศหนองแขว นักวิชาการสาธารณสุข

45. นางสาวอรรธณ รอดนุช นักวิชาการสาธารณสุข/ยาเสพติด

46. นางสาวศรีแพร หนูแก้ว นักวิชาการสถิติ

47. นางพาริณี ปลัดปกครอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

48. นายกฤตเมธ ตุ่มฉาย นักวิชาการอิสระ โครงการ ผรส.

49. นางสาวจินตนา กันทนงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

50. นางสาวอุษา เขตระเื่อน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

51. นางธัญพร เสรีรัตน์ดานนท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

52. นางสาววราภรณ์ อุทธารนิช พนักงานพิมพ์ ส.3

53. นางสาวภรณ์ทิพย์ เชิดชูสุวรรณ นักจัดการงานทั่วไป

รายชื่อแขกผู้มีเกียรติ วิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน
ประชุมปฏิบัติการเพื่อบูรณาการหลักสูตรวิทยากรโรคจิต โรคซึมเศร้า
ยาเสพติดและฆ่าตัวตาย ระยะที่ 2
ระหว่างวันที่ 15 - 16 ธันวาคม 2557
ณ โรงแรมมารวย การ์เด็น กรุงเทพมหานคร

วิทยากร

- | | | |
|-----------------------|-------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงพันธุ์นภา | กิตติรัตน์ไพบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบ
บริการสุขภาพจิต |
| 2. นายแพทย์ธณินทร์ | กองสุข | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 |
| 5. นางสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 6. นางจินตนา | ลิ้งเพิ่มพูน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 7. แพทย์หญิงสรสพร | จูงษ์ | นายแพทย์ชำนาญการ/
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. นายแพทย์อนุชิต | หิรัญกิตติ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลวารินชำราบ |
| 9. แพทย์หญิงกมลเนตร | วรรณเสวก | โรงพยาบาลศิริราช |

ผู้เข้าร่วมประชุม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------|
| 10. นางเพลิน | เสียงโซคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 11. นางอรษา | ฉวาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 12. นางลูกจันทร์ | วิทยถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 13. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลศรีธัญญา

14. นางสาวอนงค์นุช ศาโศรก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

15. นางพิพศมัย ทายะรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

16. แพทย์หญิงสรสพร จวงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ

17. นางภัทราจิตต์ คักดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

18. พญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

19. นางสาวสุปราณี พิมพ์ตรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

20. นางสาวพลับพลึง หาสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

21. นางศิริภรณ์ ชัยศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

22. นางสาวนันท์นภัส ชนะกุลอภิวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

23. นางสาวมันทนา กิตติพิรัชล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

24. นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

25. นางเรณู อินตะพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

26. นางนพวรรณ อุปคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

27. นางนาฏจุฑา รัตนสมบัติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

28. นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ส่วนเลขาการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.)

29. นางกนกวรรณ สุดศรีวิไล นักวิชาการสถิติชำนาญการ

30. นางสาวธัญวรรณ สุลำซิง นักวิชาการสาธารณสุข

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

31. นางสาวอุษา	ลิมชีว์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
32. นางสาวชิดชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
33. นางสาวชนิกรดา	ไทยสังคม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
34. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
35. นางชาดา	ประจง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
36. นางสาวพัชรินทร์	ศิริวิสุทธิรัตน์	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
37. นางสาวนารีรัตน์	พิศหนองแขง	นักวิชาการสาธารณสุข
38. นางสาวอรรธณ	รอดนุช	นักวิชาการสาธารณสุข
39. นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ
40. นางพาริณี	ปลัดปกครอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
41. นายกฤตเมธ	ตัมฉาย	นักวิชาการอิสระ โครงการ ผรส.
42. นางสาวจินตนา	กันทงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
43. นางสาวเกศสุดา	ภูมาลี	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
44. นางสาวเปมิกา	ติงสมบัติยุทธ์	นักจัดการงานทั่วไป

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อทบทวน
หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/

นักวิชาการสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ 16 – 17 พฤศจิกายน 2558

ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการ
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวลักษณ | สุวรรณไมตรี | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. นางขาดา | ประจง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 5. นางประเทือง | ลออสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 6. นางสาวอัญชลี | ศรีสุพรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 7. นางสาวปรียรัตน์ | สุขสมภูมิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 8. นางพาริณี | ปลัดปกรอง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

รายชื่อที่ปรึกษาและคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2557

รายชื่อที่ปรึกษา

- | | | |
|----------------------|------------------|---|
| 1. นายแพทย์วิวัฒน์ | ยถาภูษานนท์ | ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต |
| 2. นายแพทย์เจษฎา | โชคดำรงสุข | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 3. นายแพทย์พงศ์เกษม | ไข่มุกด์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 4. นายแพทย์ธณินทร์ | กองสุข | ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 5. แพทย์หญิงพันธุ์นา | กิตติรัตนไพบูลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพจิต |
| 6. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | รองผู้อำนวยการสำนักบริหาร
ระบบบริการสุขภาพ |
| 7. แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 |

คณะทำงาน

- | | | | | |
|--------------------|------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 1. นางสาวลักขณ์ | สุวรรณไมตรี | นักจิตวิทยาคลินิก | ประธาน
ชำนาญการพิเศษ | ประธาน
คณะทำงาน |
| 2. นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ | | |
| 3. นางสาวจิตชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ | | |
| 4. นางสาวชนิกรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | | |
| 5. นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ | | |
| 6. นางสาวจินตนา | กันทนงค์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | | |
| 7. นางพาริณี | ปลัดปกครอง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | | |
| 8. นางสาวนาริรัตน์ | พิศหนองแขง | นักวิชาการสาธารณสุข | | |
| 9. นายกฤตเมธ | ตัมฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ | | |
| 10. นางสาววารภรณ์ | อุทธารนิช | พนักงานพิมพ์ ส.3 | | |
| 11. นางสาวเกศสุดา | ภูมาลี | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน | | |
| 12. นางสาวพรทิพย์ | เชิดชูสุวรรณ | นักจัดการงานทั่วไป | | |
| 13. นางสาวเปมิกา | ติงสมบัติยุทธ | นักจัดการงานทั่วไป | | |
| 14. นางสาวอุษา | ลิมซิว | นักจิตวิทยาคลินิก | เลขานุการคณะทำงาน
ชำนาญการ | |
| 15. นางซาดา | ประจง | นักวิชาการสาธารณสุข | ผู้ช่วยเลขานุการ
ชำนาญการ | คณะทำงาน |

รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาหลักสูตรวิทยากรเรื่อง
การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระหว่างวันที่ 19 – 21 กันยายน 2560

ณ โรงแรมนารายณ์ สีสม กรุงเทพมหานคร

รายชื่อวิทยากร

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการ
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวอุษา | ลิ้มข้าว | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| 4. นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 5. นายวีร์ | เมฆวิสัย | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

โรงพยาบาลศรีธัญญา

- | | | |
|----------------|-------------|-----------------------|
| 1. นางระวีวรรณ | เดิมาณิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาววีรี | แดงประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางนุชนาด | ไชยเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- | | | |
|------------------|-----------|-----------------------|
| 4. นางสาวอัญชลี | ศรีสุพรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 5. นางสาวสาวิตรี | แสงสว่าง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 6. นางอรชา | ฉวาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- | | | |
|-------------|----------|-----------------------|
| 7. นางยุพิน | ตุ้มโหมด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-------------|----------|-----------------------|

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

- | | | |
|-------------|-------------|-----------------------|
| 8. นายณภัทร | วรากรอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-------------|-------------|-----------------------|

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- | | | |
|------------------|----------|-----------------------|
| 9. นางสาวสุภัทรา | ก้อนคำดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|------------------|----------|-----------------------|

โรงพยาบาลสวนปรุง

- | | | |
|----------------|-----------|----------------------------|
| 10. นางทิพศมัย | ทนายรังสี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
|----------------|-----------|----------------------------|

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

11. นางสาวอาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

12. นางสุภาพร สุโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

13. นางสาวราณี อาษาเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

14. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

15. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

16. นางสาวพัชรินทร์ ศิริสุทธิรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ

17. นางพัทธนันท์ สอนวงษ์ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ

18. นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

19. นางสาวชวีภรณ์ เสี่ยงล้ำ นักวิชาการสาธารณสุข

20. นางสาวนารีรัตน์ พิศหนองแขง นักวิชาการสาธารณสุข

21. นายกฤตเมธ ตุ่มฉาย นักเทคโนโลยีสารสนเทศ

22. นายวีระยุทธ มายุศิริ นักวิชาการคอมพิวเตอร์

23. นางสาวมณัญญา เจริญตระกูล เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน

24. นางสาวสุวิมล อุเงิน พนักงานพิมพ์ ส.3

รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและพัฒนาหลักสูตร
การดูแลผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคติดสุรา
หลักสูตรที่ 1 หลักสูตรการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต
ระหว่างวันที่ 1-3 พฤศจิกายน 2560
ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร

รายชื่อวิทยากร

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวลักขณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวอุษา | ลิ้มชีว | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 5. นายวีร์ | เมฆวิสัย | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

ผู้เข้าร่วมประชุม

โรงพยาบาลศรีธัญญา

- | | | |
|------------------|--------------|---|
| 1. นางระวีวรรณ | เต็มวานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาววีรี | แดงประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางปิ่นทาร์ย์ | ประสาทศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 4. นางเพลิน | เสียงโซคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- | | | |
|-------------|----------|-----------------------|
| 5. นางยุพิน | ตุ้มไหมต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-------------|----------|-----------------------|

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- | | | |
|------------------|----------|-----------------------|
| 6. นางสาวสุภัทรา | ก้อนคำดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|------------------|----------|-----------------------|

โรงพยาบาลสวนปรุง

- | | | |
|---------------|-----------|----------------------------|
| 7. นางทิพสมัย | ทวยะรังสี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
|---------------|-----------|----------------------------|

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

8. นางสาวอาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

- | | | |
|---------------------|----------------|----------------------------------|
| 9. นางสาวจิตชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 10. นางสาวชนิกรรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 11. นางสาวพัชรินทร์ | ศิริสุทธีรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 12. นางพัทธนันท์ | สอนวงษ์ | นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ |
| 13. นางสาวชลลดา | จารุศิริชัยกุล | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 14. นางสาวชวีภรณ์ | เสียงล้ำ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 15. นางสาวนารีรัตน์ | พิศหนองแขง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 16. นายกฤตเมธ | ดุ่มฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ |
| 17. นายวีระยุทธ | มายุศิริ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |
| 18. นางสาวสุวิมล | อุ๋เงิน | พนักงานพิมพ์ ส.3 |

รายชื่อที่ปรึกษาและคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2560

รายชื่อที่ปรึกษา

1. นายแพทย์วิวัฒน์ ยลาภูธานนท์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นาวาอากาศตรีบุญเรือง ไตรเรืองรัตน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
4. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ

คณะทำงาน

1. นางสาวลักขณ์ สุวรรณโมตรี นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ ประธานคณะทำงาน
2. นางสาวอุษา ลิ้มชีว นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
3. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
4. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
5. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
6. นายวีร์ เมฆวิลัย นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
7. นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
8. นางสาวชรีภรณ์ เสี่ยงล้ำ นักวิชาการสาธารณสุข
9. นางสาวนารีรัตน์ พิศหนองแขว นักวิชาการสาธารณสุข
10. นายกฤตเมธ ตุ่มฉาย นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
11. นายวีระยุทธ มายุศิริ นักวิชาการคอมพิวเตอร์
12. นางสาววราภรณ์ อุทธารนิช พนักงานพิมพ์ ส.3
13. นางสาวมนัญญา เจริญตระกูล เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
14. นางสาวสุวิมล อุเงิน พนักงานพิมพ์ ส.3
15. นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ เลขานุการ
คณะทำงาน
16. นางพัทธนันท์ สอนวงษ์ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ผู้ช่วยเลขานุการ
และคณะทำงาน

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร
การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข