

คู่มือผู้เข้าอบรม

หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

คู่มือผู้เข้าอบรม

หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

คู่มือผู้ใช้อบรม

หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ฉบับปรับปรุง 2561)

บรรณาธิการ	นางสาวลัดอักษร	สุวรรณไมตรี
	นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์
	นายวีร์	เมฆวิไลย

จัดทำพิมพ์ เผยแพร่และสงวนลิขสิทธิ์โดย

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1	: กุมภาพันธ์ 2557	จำนวนที่พิมพ์	: 2,500 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2	: มีนาคม 2557	จำนวนที่พิมพ์	: 13,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3	: สิงหาคม 2557	จำนวนที่พิมพ์	: 3,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4	: มกราคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	: 3,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5	: มกราคม 2561	จำนวนที่พิมพ์	: 6,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 6	: สิงหาคม 2561	จำนวนที่พิมพ์	: 10,000 เล่ม
พิมพ์ที่	: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง		

คำนำ

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

กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตระหว่าง ปี 2554-2555 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จึงได้เริ่มนำมาขยายผลในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ซึ่งในปัจจุบันได้ขยายพื้นที่เป้าหมายครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ด้วย

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ได้ปรับปรุงหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฯ นี้จะเป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งดูแลและใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิต ครอบครัว และชุมชนต่อไป

น.ต. 
(บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ค
คำชี้แจง	ง
บทที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต	1
บทที่ 2 การสังเกตอาการทางจิตใจและประสานการส่งต่อ	11
บทที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน อย่างต่อเนื่อง	27
บทที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต	41
บรรณานุกรม	45
ภาคผนวก	47
ผนวก ก	49
แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ	49
แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	50
แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)	51
แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)	52
ผนวก ข	53
ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต	53
ผนวก ค	54
แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม	54
ผนวก ง	56
รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน	56

คำชี้แจง

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พัฒนาขึ้นโดยใช้ฐานองค์ความรู้จากโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อให้พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของตนเอง คู่มือนี้ประกอบไปด้วยเนื้อหาทั้งสิ้น 4 บท มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคจิตการสังเกตอาการด้านจิตใจและประสานการส่งต่อการติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตได้

2. เนื้อหา

บทที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

ความรู้ ความเชื่อ และทศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิต

- สถานการณ์โรคจิต
- ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
- ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิต

บทที่ 2 การสังเกตอาการทางจิตใจและประสานการส่งต่อ

1. เครื่องมือในสังเกตอาการด้านจิตใจวิธีการใช้และการแปลผล
2. แนวทางการประสานส่งต่อผู้มีอาการด้านจิตใจ
3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

บทที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

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

แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถปรับตัว และพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ โดยการฝึกฝนและพัฒนาทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ประกอบการฝึกอบรม

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

4. ตารางการอบรม

ว/ด/ป	ภาคเช้า		พักกลางวัน	ภาคบ่าย	
วันที่ 1	แผนการสอนที่ 1 ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต (1 ชม 30 นาที)	แผนการสอนที่ 2 การสังเกตอาการด้านจิตใจและการประสานส่งต่อ (1 ชม 30 นาที)		แผนการสอนที่ 3 การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (2 ชม)	แผนการสอนที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต (1 ชม)



ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

บทที่ 1

ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

➤ วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิต

➤ เนื้อหาสาระ

ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิต

- สถานการณ์โรคจิต
- ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
- ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิต

ทัศนคติและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกหนึ่งขององค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักว่าปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตยังเป็นปัญหาสำคัญ แม้ว่าปัจจุบันนี้จะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพ มีรูปแบบการจัดการที่ได้ผลและมีการบำบัดทางจิตสังคมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติอีกครั้ง แต่ยังคงพบว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตยังมีน้อย กรมสุขภาพจิตจึงได้ดำเนินโครงการนำร่องลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ของโรคทางจิตเวชที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ โดยการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตในระบบสุขภาพและกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา

ทำไมโรคจิตจึงสำคัญ? IWSฯ...

1. ความชุก โรคจิตเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวชและทางสาธารณสุขเนื่องจากโรคนี้นี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป

- คนไทยป่วยเป็นโรคนี้ เกือบ 600,000 คน
- ใน 100 คน จะป่วยเป็นโรคจิต 1 คน แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ครบทั้งหมด
- โรคจิตหากไม่รักษาจะป่วยไปตลอดชีวิต

2. ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ สูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตกงาน สูญเสียเงินหรือรายได้ลดลง

ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ การเป็นภาระในการดูแลทำให้ต้องเสียเวลาประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ค่ายา

ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ ถูกกีดกัน ไม่ยอมรับ เป็นภาระ รวมทั้งขาดภาษีรายได้จากผู้ป่วยโรคจิต (กรณีไม่ได้ทำงาน)

บางท้องถิ่นของคนไทย มีความเข้าใจว่าเป็นเรื่องเหนือธรรมชาติ เช่น ผีเข้า และมีความเชื่อว่าจะรักษาหายหากไปรับการรักษาแบบอาบ/รดน้ำมนต์ไสยศาสตร์

โรคจิตคือ

โรคจิต เป็นความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจนจนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วยอาการทั่วไป 3 ประการ คือ

1. **บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป** เช่น เคยเป็นคนสะอาดและสุภาพก็เปลี่ยนเป็นสกปรกและหยาบคายเคยเป็นคนพูดน้อยก็กลายเป็นพูดไม่หยุด ฯลฯ

2. **ไม่อยู่ในโลกของความจริง** เช่น มีอาการประสาทหลอนได้ยินเสียงคนด่าตลอดเวลาทั้งๆที่ในขณะนั้นไม่มีใครด่าเขาเลย หลงผิดว่ามีคนคิดร้ายและกำลังตามฆ่าเขา

3. **ไม่รู้สึภาวะตนเอง** เช่น ไม่รู้ว่าตนเองกำลังป่วยจึงขัดขืนไม่ยอมไปพบแพทย์ การขัดขืนบางครั้งรุนแรงจนถึงกับใช้กำลังกาย

อาการของโรคจิต ประกอบด้วย

1. **ความผิดปกติด้านความคิด** เช่น คิดหวาดระแวง คิดว่ามีคนจะทำร้าย มีคนควบคุมความคิด เชื่อว่าตนมีอำนาจพิเศษ อวัยวะผิดปกติ ความคิดไม่ต่อเนื่องขาดหาย ไม่เป็นเหตุเป็นผล

2. ความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น มีอาการหูแว่ว ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงพูดอาจเป็นเสียงสั่ง คำทอ จะพูดคุยคนเดียวคล้ายกับกำลังได้ตอบอยู่กับใครบางคนเห็นภาพหลอนขึ้นมาเองโดยไม่มีภาพ/ เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นจริง

3. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น หัวเราะ ร้องไห้โดยไม่สมเหตุผล ยิ้มคนเดียวหรือเฉยเมยไม่สนใจใคร

4. ความผิดปกติด้านการพูด เช่น คำพูดสับสน พูดเพ้อเจ้อ

5. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออก เช่น ไม่สนใจตัวเอง ปล่อยเนื้อตัวสกปรก คลุ้มคลั่ง อาละวาดทำร้ายคน ทำลายข้าวของ พูดคนเดียว ไม่นอน รุนวายเป็นคนอื่น

โรคจิตที่พบบ่อยในประเทศไทย มีอยู่ 4 ชนิดคือ

1. โรคจิตเฉียบพลัน มีอาการหูแว่ว หลงผิด มีอาการน้อยกว่า 1 เดือน เมื่อหายจะกลับเป็นปกติ

2. โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุดพบบ่อยที่สุด พบตั้งแต่อายุน้อย หลังวัยรุ่นหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆ ไปได้มากที่สุด มีอาการมากกว่า 6 เดือน มักจะต้องเข้ารับการรักษาลดไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอนและความคิดที่ไม่เป็นระบบ

3. โรคจิตจากยาและสารเสพติด มักจะได้ประวัติของการเสพยา หรือสารเสพติด

4. โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต มักจะเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในชีวิต

โรคจิตที่มีการกล่าวถึงบ่อย คือ โรคจิตเภท เพราะนอกจากจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคมแล้ว ยังมีแนวโน้มที่จะป่วยเรื้อรังตลอดชีวิต

สาเหตุของโรคจิตเภท

1. สารสื่อประสาทในสมอง เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง

2. กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีญาติใกล้ชิดมีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี เช่น

- พี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ 15%
- พ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภท ลูกจะป่วยเป็นโรคนี้ 16%
- พ่อและแม่เป็นโรคจิตเภท ลูกจะป่วยเป็นโรคนี้ 68%

3. ความผิดปกติของสมอง พบมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของสมอง เช่น มีโพรงสมองโตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองที่น้อยกว่าปกติ

4. ความเครียดในการดำเนินชีวิต เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเผชิญกับความขัดแย้ง อย่างรุนแรงภายในครอบครัว การย้ายที่อยู่ใหม่และการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน เป็นต้น

แต่ความเครียดไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท ขณะเดียวกันจะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการแย่ลง

ผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท

- ผู้ที่มีทั้งพ่อและแม่มีอาการจิตเภทมีความเสี่ยงโดยรวมของการพัฒนาเป็นโรคจิตเภทถึง 36%
- ผู้ที่มีพี่ชายหรือน้องสาวที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทถึง 9%
- ฝาแฝดที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงถึง 28%
- ผู้ที่ในวัยเด็กมีผู้ปกครองป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มความเสี่ยงถึง 13%

- ผู้ที่เกิดจากการคลอดที่ผิดปกติ ขาดออกซิเจน หรือขณะอยู่ในครรภ์มารดาไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ หรือมีการติดเชื้อไวรัส
- ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาเสพติด เช่น กัญชา ยาบ้า

ผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาหายได้หรือไม่

...ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก แล้วได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะหายได้...

วิธีการรักษา

- การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยควรต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง อาจต้องใช้เวลากว่าหลายปี แต่ยาจะช่วยควบคุมอาการ กลับเข้าสู่สังคมได้ ดูแลตนเองได้ ทำงานได้และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่
 - การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า จะลดอาการโรคจิตได้ผลน้อยกว่าการรักษาด้วยยา แต่จะได้ผลดีสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะสั้น
 - การรักษาด้วยจิตบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัดจะช่วยให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ มีวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วย ได้รับการจ้างงาน

อสม. สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างไร

- ช่วยค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงป่วยเป็นโรคจิตเภทในพื้นที่ โดยการใช้แบบคัดกรองโรคจิตเภท
- ช่วยแนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้
 - การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง
 - ช่วยพาผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาให้สม่ำเสมอตรงตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง
 - กระตุ้นให้รู้จักช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ซักผ้า

- ให้ช่วยทำงานบ้านอย่างง่ายๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ ถูบ้าน ล้างชาม
- ให้ประกอบอาชีพเดิมที่เคยทำอยู่ตามความสามารถของผู้ป่วย เช่น ค้าขาย ทำสวนหรือทำอาชีพใหม่ใกล้บ้านตามความสนใจ และตามความถนัด
- การเฝ้าระวังอาการกำเริบและรุนแรง ที่ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีหรือประสานการส่งต่อ สอ./ รพ.สต. ใกล้บ้านเพื่อนำส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา
- พฤติกรรมที่ดูสับสน วุ่นวาย ดื้อ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมมาพบแพทย์
- อาการผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าพบความผิดปกติ เช่น พุดพรีา พุดเพื่อเจ้า พุดคนเดียว เอะอะ อาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดกลัว

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ยารักษาโรคจิตก็เช่นเดียวกับยารักษาโรคอื่นๆ ที่อาจมีผลข้างเคียงบ้าง ความรุนแรงของผลข้างเคียงอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ผลข้างเคียงบางอย่างอาจไม่รบกวนมาก หรือรบกวนเฉพาะ 2-3 สัปดาห์แรกเมื่อเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นความรุนแรงจะค่อยๆ ลดหายไป ผลข้างเคียงบางอย่างอาจรบกวนมากและเกิดขึ้นและเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาแล้วหลายเดือนหรือหลายปี หากสงสัยควรแจ้งผู้รักษาทราบซึ่งผลข้างเคียงของยา มีดังนี้

- ส่วนใหญ่มักมีการเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มักเกิดหลังได้รับยา 5-7 วันให้ยาแก้แพ้ เช่น artane/ benzhexol
- ยาบางชนิดอาจพบอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล
- ยาบางชนิดอาจพบอาการตาพร่ามัว ซึ่งไม่เป็นอันตราย ส่วนใหญ่ออาการจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการยังไม่ดี

ขึ้นควรปรึกษาแพทย์ความดันโลหิตตก แนะนำให้ลุก ยืน นั่งอย่างช้าๆ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ

- ยาส่วนน้อยอาจพบอาการผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด แนะนำให้ใส่เสื้อแขนยาว กางร่มหรือทาครีมกันแดด
- อาการง่วงนอน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักรหรือขับซีรต ถ้ายังง่วงนอนมากพบแพทย์เพื่อขอปรับยา
- มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ อาการเหล่านี้อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย
- สำหรับยาชนิด Clozapine อาจพบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ระหว่างการรักษาได้จึงควรมีการเจาะเลือดตามที่แพทย์นัด ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำอาจจำเป็นต้องหยุดยา

ผลข้างเคียงจากการเคลื่อนไหว ได้แก่

1. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาย มือสั่น น้ำลายไหล ตัวอหลังค่อม เกิดภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มหรือเพิ่มขนาดยา(Parkinsonism)
2. ลิ้นจุกปาก แก้มพองเคี้ยวปาก ย่นหรือห่อริมฝีปาก ไม่สามารถควบคุมได้ของหน้า มือ ลิ้นและปาก (buccolingual) มีการเคลื่อนไหวแบบ choreiform/ athetoid วาดแขนขาไปมา ลำตัวบิดไปมา อาการขยับหรือการเคลื่อนไหวชากรโร (Tardive dyskinesia)
3. กล้ามเนื้อมัดใหญ่เกร็งบิดเกิดขึ้นภายในสัปดาห์แรกที่ได้รับยา (Acute dystonia)
4. กระวนกระวายในใจ ถ้าอาการมากผู้ป่วย ยืน เดิน นั่ง นอนไม่ติดที่ อาจเห็นการขอยเท้าไปมา (Akathisia)



การสังเกตอาการด้านจิตใจและ การประสานส่งต่อ

บทที่ 2

การสังเกตอาการด้านจิตใจและประสานการส่งต่อ

➤ วัตถุประสงค์

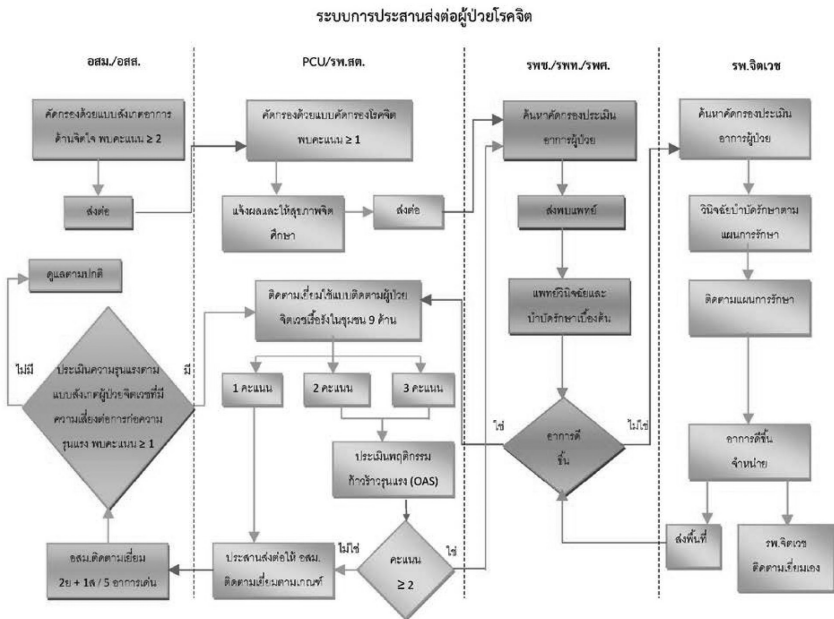
เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสังเกตอาการด้านจิตใจ แนวทางการประสานการส่งต่อและพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

➤ เนื้อหาสาระ

1. แบบสังเกตอาการด้านจิตใจวิธีการใช้และการแปลผล
2. แนวทางการประสานส่งต่อผู้มีอาการด้านจิตใจ
3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

การสังเกตอาการด้านจิตใจและ การประสานส่งต่อ

รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต



คำอธิบายผังไหลระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต

- อสม. คัดกรองอาการด้านจิตใจเบื้องต้น โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- กรณีมีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน

- กรณีมีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิตที่ รพ.สต.
- พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิต ได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินซ้ำ และส่งพบแพทย์
- แพทย์ทำการวินิจฉัยอาการว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ ในกรณีรักษาไม่ได้ ให้ส่งพบจิตแพทย์ตามระบบการส่งต่อ เพื่อทำการรักษาจนอาการสงบ
- เมื่ออาการทางจิตสงบ จิตแพทย์ส่งผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องในพื้นที่ (รพช./ รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข)
- พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม./ อสส./ อสค./ จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต
- อสม. ฝ้าระวัง สังเกตอาการและประสานส่งต่อ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ



บทบาทสหวิชาชีพในระบบบริการโรคจิต

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

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิต
- ปรับความเข้าใจและทัศนคติในโรคจิต
- การค้นหาคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต
- ประสานและส่งต่อกรณีที่สงสัยผิดปกติ
- การติดตามดูแลต่อเนื่อง
- เฝ้าระวัง สังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำ

เครื่องมือในการสังเกตอาการด้านจิตใจ

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ สามารถช่วยคัดกรองผู้มีอาการด้านจิตใจ ซึ่งอาจมีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคจิตได้ ผู้ใช้เครื่องมือนี้ก็คือบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นไป มีทั้งหมด 6 ข้อ ใช้ในการสังเกต/ สัมภาษณ์ คำตอบมี 2 ข้อเลือก คือ “มี” และ “ไม่มี”

คำแนะนำ แบบสังเกตอาการด้านจิตใจใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านจิตใจ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง **มี** หรือ **ไม่มี** ที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้น (**ภายใน 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน**) ซึ่งได้จากการสังเกต/ สัมภาษณ์

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ (ข้อ 1-6)

ข้อที่ 1 แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร โดยพิจารณาจากพฤติกรรมดังต่อไปนี้

- เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
- แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร

ข้อที่ 2 แต่งตัวแปลกๆ สกปรกรกรุงรัง โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้

- สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง
- ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก
- แก้วน้ำในที่สาธารณะ
- ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาดและแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิมนานติดกาศเทศะ

ข้อที่ 3 พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับคนอื่น โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้

- พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ
- เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน
- พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ
- ได้ยินเสียงเหมือนคนมาพูดด้วย
- พูดโต้ตอบกับเสียงโดยไม่เห็นตัวคน

ข้อที่ 4 หวาดระแวงโดยไม่สมเหตุผล โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้

- หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
- คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
- ระแวงว่ามีคอยติดตาม

- มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับ
- คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง
- มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง

ข้อที่ 5 ทำอะไรแปลกๆ ผิดจากคนปกติ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้

- หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
- อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา
- กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
- เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

ข้อที่ 6 พูดหรือบอกคนรอบข้างว่าเห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น โดยพิจารณาจากพฤติกรรมต่อไปนี้

- ทำตามภาพที่เห็นบอกให้ทำ
- ทำท่าทางเหมือนได้ตอบกับใคร

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

สำหรับอาสาสมัครสุขภาพจิตชุมชน

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

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

อาการที่พบเห็น	มี	ไม่มี
1. แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
2. แต่งตัวแปลกๆ สกปรกรกรุงรัง		
3. พูดคนเดียวเหมือนได้ตอบกับคนอื่น		
4. หัวเราะแวงโดยไม่สมเหตุผล		
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

การให้คะแนนและการแปลผล

การให้คะแนน แบบสังเกตอาการด้านจิตใจทั้งหมด 6 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

● การแปลผล

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

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

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

ขั้นตอนการใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

1. ชี้แจงการคัดกรองอาการด้านจิตใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจ ความสำคัญของการคัดกรอง ดังตัวอย่างการชี้แจง ดังนี้

“อาการด้านจิตใจเป็นสัญญาณเบื้องต้นของการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากทำงานของสมองที่ผิดปกติ มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ควบคุมพฤติกรรมตัวเองไม่ได้ อาจส่งผลให้คนอื่นไม่เข้าใจเรา ถ้ารีบคัดกรองแล้วเจอเร็ว รักษาเร็วก็จะทำให้สมองของเราสามารถกลับมาทำงานได้ดีขึ้นค่ะ/ ครับ วันนี้....ดิฉัน/ ผมจึงมาเพื่อทำการคัดกรองอาการด้านจิตใจ ถ้าสงสัยว่ามีอาการด้านจิตใจเราจะได้หาวิธีการช่วยเหลือกันทันค่ะ/ ครับ”

“ดังนั้นวันนี้ ดิฉัน/ผม....จึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป”

2. กรณีที่ได้รับอนุญาต ให้ใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด
3. ให้ถามทีละข้อคำถาม โดยเว้นจังหวะ ในแต่ละอาการ
4. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจด้วยตนเอง
5. ถามให้ครบทุกข้อ เมื่อได้คำตอบให้แปลผลคือ
 - มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ
 - มีอาการ 1 ข้อ หมายถึง สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. ประเมินซ้ำ ภายใน 1 เดือน
 - มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป
6. การดำเนินการภายหลังจากคัดกรองแล้วให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเบื้องต้น มีขั้นตอนดังนี้
 - 1) แจ้งผลการคัดกรองอย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น
“จากผลการคัดกรองพบว่า (ชื่อ).....มีอาการด้านจิตใจเป็นสัญญาณเบื้องต้นของการเจ็บป่วยทางจิตเวชซึ่งเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติได้ ถ้าจะให้แน่ใจต้องให้พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ตรวจสอบอีกครั้ง ซึ่งอาจจะไม่เป็นโรคนี้ก็ได้”
 - 2) ประเมินความรู้เดิมของผู้ได้รับการคัดกรองว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตมากน้อยเพียงใด โดยการถามและรับฟัง เช่น
“ไม่ทราบว่าคุณ.....เคยได้ยินไหมว่าโรคจิตหมายถึงอะไรและมีอาการอย่างไรคะ/ ครับ”

- 3) ถ้าผู้ได้รับการคัดกรองตอบว่า “เคยไต่ยีน” ให้ถามต่อว่า
“ไต่ยีนจากไหนคะ/ ครับ” ให้ผู้รับการคัดกรองตอบแหล่งที่มา
ที่เคยไต่ยีน จากนั้นถามต่อว่า
“ที่เคยไต่ยีนมา พอจะจำได้มั้ยว่าโรคนี้เป็นอย่างไร”
จากนั้นให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่จำเป็นในส่วนที่ผู้รับ การคัดกรองขาด
หรือที่ผู้รับการคัดกรองเข้าใจคลาดเคลื่อน
- 4) ถ้าผู้ได้รับการคัดกรองตอบว่า “ไม่เคยไต่ยีน” ให้ข้อมูลที่เป็น
แก่ผู้รับการคัดกรอง เช่น
“โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของสารในสมอง หรือการใช้
สารเสพติด ทำให้ผู้ที่เป็นมีความคิดผิดปกติ หลงผิด หูแว่ว.....ได้”
“โรคจิตสามารถรักษาให้หายได้ หากป่วยเป็นครั้งแรก แล้ว
กินยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง”
- 5) ตรวจสอบความเข้าใจและแสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับ
การคัดกรอง เช่น
“เป็นยังไงบ้างคะ/ ครับ หลังจากรับทราบ ว่า ตัวเองมีแนวโน้ม
ที่จะป่วย หรือสงสัยว่าเป็นโรคจิตแล้วรู้สึกยังไงบ้าง”
- 6) เน้นว่าการคัดกรองนี้บอกได้แค่ว่ามีอาการด้านจิตใจซึ่งเป็นเพียง
แนวโน้มหรือสงสัยเป็นโรคจิต ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นโรคจิต
จริงๆ อาจจะเป็นหรือไม่เป็นก็ได้ต้องไปรับการประเมินเพิ่มเติม
และส่งตรวจวินิจฉัยโรคกับแพทย์ จึงจะทราบว่าเป็นโรคจิตหรือ
ไม่และมีความรุนแรงระดับใด
- 7) แนะนำให้ไปรับการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิตกับ
พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน โดยเน้น
ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปรับการตรวจประเมิน
“ไปรับการตรวจประเมินจากพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข
เพื่อที่จะทราบว่า ชื่อ...มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่ เพื่อ

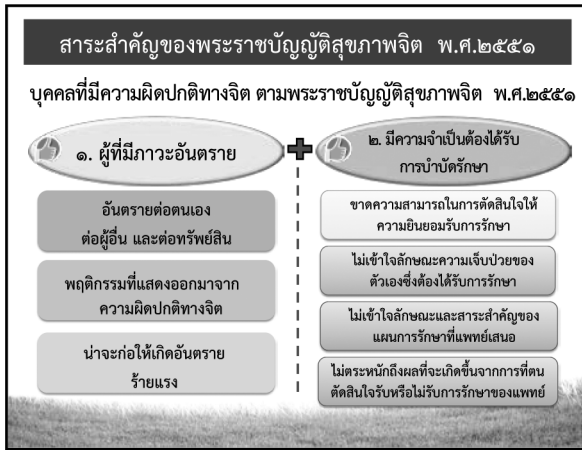
ประโยชน์ในการดูแลตัวเองและสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่
ก่อนที่โรคจะเป็นมากขึ้น หรือถ้าไม่เป็นก็จะได้สบายใจ”

- 8) บันทึกชื่อ นามสกุล ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง ที่สงสัยมีอาการ
ด้านจิตใจ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแล
ช่วยเหลือและติดตามไปรับการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคจิต
ต่อไป
- 9) กรณีที่ได้ข้อมูลจากการสอบถามว่าผู้ที่สงสัยมีอาการด้านจิตใจ
อาจจะไม่ไปตามคำแนะนำ ให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยตรง
เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป



พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและคุ้มครองสังคมจากผู้มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษาและการคุ้มครองให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกวิธีเหมาะสมตามหลักสิทธิมนุษยชน



บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้แก่
บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. **ผู้ที่มีภาวะอันตราย** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่น่าก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
2. **มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา** คือผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตรายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เข้าใจแผนการบำบัดรักษารวมถึงไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิเสธการบำบัดรักษาของแพทย์



ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

1. สังเกตและเฝ้าระวังความผิดปกติทางจิต ตามอาการสำคัญ ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง ไร้เหตุผล คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ แต่งกายแปลกกว่าคนปกติ ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรืออยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น
2. หากพบว่าผู้มีอาการตามข้อ 1 ที่รุนแรง และมีภาวะอันตราย ให้แจ้งกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่
 - บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551
 - บุคลากรทางการแพทย์ ใน รพ.สต./ สอ./ รพช
 - กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.
 - พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ
 - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 1669 หรือมูลนิธิฯ

เพื่อนำส่งตัวผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา ซึ่งสามารถส่งไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา ที่ใกล้เคียง



บทบาทของ อสม. ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต

1. คอยสอดส่องพฤติกรรม สังเกตและเฝ้าระวังผู้ที่มีความผิดปกติในชุมชนสังเกตได้จากการออก คัดกรอง สังเกตด้วยตนเองและจากข่าวสารที่คนในชุมชนพูดคุยกัน เมื่อพบผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้แก่ชุมชน สร้างความเข้าใจให้แก่ชุมชนในการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิต



สิทธิผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิ ดังนี้

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

สิทธิผู้ป่วย	
มาตรา ๓๗ การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย	กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
มาตรา ๔๕ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมอง ระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่น อาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร	กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัด อาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
มาตรา ๔๘ การทำหมันผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๒๐ การทำจิตเวช ต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

สิทธิผู้ป่วย

1. การบำบัดด้วยการผูกมัดกักบริเวณหรือแยกผู้ป่วย

กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตาม มาตรฐานวิชาชีพ

คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)

2. การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองระบบประสาทหรือด้วยวิธีอื่นอาจมีผลต่อร่างกายไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและประโยชน์ของการบำบัดรักษากรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัดอาจอันตราย ถึงชีวิต ทั้งนี้ด้วยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

3. การทำหมันผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

4. การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือและต้องผ่าน ความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้



**การติดตามเพื่าระวัง ดูแล
และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง**

บทที่ 3

การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

➤ วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

➤ เนื้อหาสาระ

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

การติดตามเฝ้าระวัง ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตต่อเนื่องในชุมชน ไม่เพียงแต่ควบคุมอาการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการกลับเป็นซ้ำ คือ การขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด หรือขาดผู้ดูแล รวมทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงในชุมชน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการกำเริบ ส่งผลกระทบต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชน ในบางรายอาจจะไปก่อความรุนแรง หรือก่ออันตรายให้กับบุคคลอื่น หรือชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

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

- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน ที่อาจทำให้อาการกำเริบเป็นซ้ำ
- แนวนโยบายการก่อความรุนแรง
- ดูแลและช่วยเหลือ และส่งต่อ
- จัดการความเครียดสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล

บทบาทของพหุดูแลในชุมชน

1. **ญาติ**เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นญาติจึงควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยา
2. **อสม./ อสส./ อสค. และ จิตอาสา** เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิต โดยใช้เครื่องมือการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และการจัดการ

ขั้นตอนการใช้แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

1. ชี้แจงแนวทางการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงว่าเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะมีการกำเริบซ้ำ ให้กับกลุ่มเป้าหมายทราบเพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการประเมิน ดังนี้

สวัสดีค่ะ วันนี้.....ผม/ ดิฉัน มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อขอสัมภาษณ์และติดตามอาการผู้ป่วยว่าหลังกลับมาอยู่บ้านแล้วผู้ป่วย กินยาอย่างไรบ้าง มีผู้ดูแลหรือเปล่า ผู้ดูแลต้องการให้ช่วยเหลืออะไรไหม และผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ ซึ่งการที่ ผม/ดิฉัน ต้องมาพูดคุยในประเด็นดังกล่าวเพราะว่า เรื่องการกินยา ญาติ และสารเสพติด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะมีการกำเริบซ้ำ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาต จะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป” เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกข้อให้การแปลผลเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ ตลอดจนแนะนำวิธีการจัดการตามประเด็นปัญหาที่พบในเรื่อง ยา ญาติ และสารเสพติด

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน		
1. การกินยา	☐ ไม่กินยา	☐ กินยาไม่ สม่ำเสมอ	☐ กินยา
2. ญาติ/ผู้ดูแล	☐ ขาดผู้ดูแล	☐ มีปัญหา ในการ ดูแล	☐ ไม่มีปัญหา ในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติด อื่นๆ)	☐ ใช้ประจำ	☐ ใช้บ้าง	☐ ไม่ใช้

โดยปัจจัยเสี่ยงที่อาสาสมัครสาธารณสุข ต้องประเมินสัญญาณเตือนที่บ่งบอกการกำเริบซ้ำ มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ดังนี้

1.1 การรับประทานยาโดยให้ อสม. ประเมินว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างไร

- ไม่รับประทานยา
- รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
- รับประทานยาสม่ำเสมอ

1.2 ญาติ/ ผู้ดูแลโดย อสม. ประเมินว่าผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลหรือไม่

- มีปัญหาในการดูแล/ ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ ผู้ดูแลสูงอายุ/ ผู้ดูแลขาดศักยภาพ
- ไม่มีปัญหาในการดูแล

1.3 การใช้สารเสพติด (บุหรี่/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ) โดย อสม. ประเมินเรื่องการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย

- ใช้ประจำ
- ใช้บ้าง
- ไม่ใช้

การแปลผลแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)
ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วยหรือญาติ/ ผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิด เพื่อแบ่งระดับความ
รุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับความรุนแรงต่ำ (สีเขียว) ยาดี-ญาติดี-ไม่ใช้สารเสพติด อสม.
ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือนเพื่อให้กำลังใจญาติและผู้ป่วย
2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) มีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี
อสม. พร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมภายใน 15 วันเพื่อ
ประเมินซ้ำ
3. ระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) ผู้ป่วยจิตเวช ยาไม่ดี-ญาติไม่ดี-ใช้สาร
เสพติด อสม. แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงประเมินซ้ำ เพื่อแก้ไขปัญหา

วิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตสำหรับ
ญาติ/ ผู้ดูแล และ อสม.

1. การรับประทานยา
 - ประเมินว่าการไม่กินยาเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือ
ปฏิเสธการเจ็บป่วย ให้ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
 - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยในการรับประทาน
ยา เช่น ให้รางวัล/ ชื่นชม เป็นต้น
 - ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย

2. ญาติ/ ผู้ดูแล

กรณี ญาติ/ ผู้ดูแล/ มีปัญหาในการดูแล

- ให้ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ และ
คืนข้อมูลสู่ชุมชน
- การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ

กรณี ไม่มีปัญหาในการดูแล

- เฝ้าระวัง สังเกตอาการ

3. การใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)

กรณี ใช้สารเสพติดประจำหรือใช้เป็นบางครั้ง

- อสม.ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต.เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน

หัวข้อการประเมิน	วิธีการจัดการสำหรับ อสม./ญาติ
1. การรับประทานยา	- ประเมินว่าการไม่กินยาเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือ ปฏิเสธการเจ็บป่วย - ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา - ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย
2. ญาติ/ผู้ดูแล ☐ ขาดญาติ/ผู้ดูแล	- ส่งต่อข้อมูล - การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ
☐ มีปัญหาในการดูแล	
☐ ไม่มีปัญหาในการดูแล	
3. การใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติด อื่นๆ)	- แนะนำญาติเรื่อง การลด/ เลิกใช้สารเสพติด (บุหรื/ สุรา/ สารเสพติดอื่นๆ)

แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

ขั้นตอนการใช้แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

ชี้แจงแนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags) ว่าเป็นการประเมินอาการเตือนที่จะบ่งบอกว่าผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำให้กับกลุ่มเป้าหมายทราบ เพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการประเมิน ดังนี้

สวัสดีค่ะ วันนี้.....ผม/ ดิฉัน มาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อขอสัมภาษณ์และติดตามอาการผู้ป่วยว่าหลังกลับมาอยู่บ้านแล้วผู้ป่วยไม่หลับไม่นอนหรือเปล่า เดินไปเดินมา พุดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว หรือเที่ยวหวาดระแวงบ้างไหม ซึ่งการที่ผม/ ดิฉัน ต้องมาพุดคุยในประเด็นดังกล่าวเพราะว่า สิ่งต่าง ๆ ที่บอกนั้นเป็นอาการเตือนที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะกลับมาป่วยซ้ำได้ แต่หากไม่อนุญาตก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาตจะทำการสัมภาษณ์ ต่อไป” เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกข้อให้แปลผลกรณีพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่ง ให้ขอสม.แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป

อาการเตือน	มี	ไม่มี
1. ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอนหลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พุดจาคนเดียว: พุด ยืม หัวเราะคนเดียว		
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว		
5. เที่ยวหวาดระแวง: มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป

แนวทางการใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

ขั้นตอนการใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

“วันนี้ ดิฉัน/ ผม...จึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์ แต่หากไม่อนุญาต ก็จะไม่ดำเนินการสัมภาษณ์ใดๆ และถ้าอนุญาตจะทำการสัมภาษณ์ต่อไป”

กรณีที่ได้รับอนุญาต ให้ใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

1. ให้ถามทีละข้อคำถาม โดยเว้นจังหวะในแต่ละอาการ
2. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง
3. ถามให้ครบทุกข้อ
4. เมื่อได้คำตอบให้แปลผลคือ มีคะแนนรวมได้ 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่ามีแนวโน้มก่อความรุนแรง
5. การดำเนินการภายหลังจากสัมภาษณ์/ ประเมินแล้วให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้นแก่ญาติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

แจ้งผลการประเมินอย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น

“จากผลการประเมินพบว่า (ชื่อ).....อาจจะมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะก่อความรุนแรงถ้าจะให้แน่ใจต้องให้พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ รพ.สต. ประเมินซ้ำอีกครั้งด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ในระหว่างนี้ให้ญาติเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ ตลอดจนไม่ควรพูดจา หรือมีท่าที่ยั่วผู้ป่วย”

บันทึกชื่อ นามสกุล ของผู้ที่ได้รับสังเกต/ สัมภาษณ์ ประเมินที่สงสัยมีแนวโน้มก่อความรุนแรง เพื่อส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประเมินแนวโน้มการก่อความรุนแรงซ้ำด้วยแบบประเมิน OAS และให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

แบบสังเกต

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล..... เพศ () หญิง () ชาย อายุ.....ปี
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี ตามสัญญาณเตือนการก่อ
ความรุนแรงที่ได้จากการสังเกต/ สัมภาษณ์ ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน

สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง	มี	ไม่มี
1. ชีตชวนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล		
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

การแปลผลและการให้คะแนน ดังนี้

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

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง การใช้ความพยายามที่จะทำร้ายบุคคลอื่นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ถูกกระทำได้รับความเจ็บปวด การบาดเจ็บ ความอับอาย ความเสียใจ

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และจำเป็นต้องคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุดซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ได้แก่

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร สงบ พยายามอย่าไปพูดจาช่วยผู้ป่วยจริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย

1.2 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พูดช้าๆ เนื้อหาชัดเจน และหลีกเลี่ยงการตอบรับหรือปฏิเสธเงื่อนไข/ ข้อต่อรองของผู้ป่วย ไม่ได้เถียง ไม่ตัดสินความคิดความรู้สึกและไม่พูดชมเชย

ในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย โดยพิจารณาระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัย อยู่ห่างกับผู้ป่วยพอควร ไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากเกินไป ควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต วัตถุประสงค์รับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่ควรเข้าไปติดต่อกับหรือจัดการกับผู้ป่วยตามลำพัง ควรมีบุคคลที่พร้อมจะขอความช่วยเหลืออยู่ในบริเวณนั้นด้วย

2. การจัดการทางกายภาพ

2.1 การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์/ ผู้อื่น เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น จัดให้อยู่ที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นจากแสง เสียง สี และผู้อื่น

2.2 การจำกัดพฤติกรรม เป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่วนใหญ่แล้วนิยมจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ สถานบริการทุกแห่ง

การจัดการความเครียดของญาติ/ พยาบาล

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือกำเริบซ้ำ มีพฤติกรรมที่ไม่แน่นอน ซึ่งญาติเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดกับญาติหรือทุกคนในบ้าน จึงมีแนวทางการจัดการความเครียดของญาติ ดังนี้

1. บอกเล่าระบายความทุกข์ใจหรือปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ เพื่อค้นหาสาเหตุ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
2. คิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยขณะที่อาการทางจิตสงบ เป็นปกติ
3. ให้โอกาส ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำ ให้อภัย ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงเพราะมีอาการทางจิต
4. ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว มองว่าญาติผู้ป่วยอื่นก็มีความทุกข์เช่นกัน การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ จะได้รับกำลังใจ ความรู้และวิธีการปรับตัวปรับใจได้ดีขึ้น
5. มีความหวัง ให้กำลังใจตนเอง “สักวันหนึ่งจะดีขึ้น” “รักษาเขาให้ดีขึ้นอย่าท้อแท้ ต้องอดทนต่อไป”

6. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น สวดมนต์ ฟังเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ
7. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เช่น ดูแลต้นไม้ ฟังเพลง
8. ช่วงที่ญาติมีความเครียดสูงมากจนรับมือไม่ไหวหรือส่งผลกระทบอย่างมากต่อตนเองและครอบครัว ควรปรึกษาทีมจิตเวชเพื่อขอรับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต หรือพิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว “เมื่อถึงจุดหนึ่งที่ฉันรับมือไม่ไหวต้องขอให้หมอช่วยเมื่อพร้อมแล้ว มีพลังกลับมาแล้ว ค่อยรับลูกที่ป่วยกลับมาดูแลเอง”



การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

บทที่ 4

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

➤ วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน

➤ เนื้อหาสาระ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถปรับตัว และพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ โดยการฝึกฝนและพัฒนาทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติหรือมีความบกพร่องน้อยที่สุดจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสามารถปรับตัว และพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ ซึ่งต้องเพิ่มพูนทักษะต่างๆ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในส่วนบทบาทของ อสม./ อสส./ อสค./ และจิตอาสา สามารถให้ความรู้ และสอนทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในด้านต่างๆ ได้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

- 1) **ทักษะการดูแลตนเอง** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน การอาบน้ำ การรักษาความสะอาดผผความสะอาดของเสื้อผ้า รู้จักการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาด้วยตนเอง เป็นต้น
- 2) **ทักษะทางสังคม** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาททางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ รู้จักสนใจตนเอง รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น รู้จักปรับตัวให้เหมาะกับสภาพแวดล้อม รู้จักผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง เช่น การเล่นกีฬา การระบายความคับข้องใจของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น
- 3) **ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ให้ถูกประเภท จัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักดูแลรักษาความสะอาดของเครื่องนอน และเสื้อผ้าของตนเอง เป็นต้น
- 4) **ทักษะการทำงาน** ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงาน โดยเริ่มจากงานง่ายๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเช่น การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้จักสร้าง

สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

- 5) **ทักษะการพักผ่อน** ฝึกให้ผู้ป่วยนอนให้เป็นเวลา ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การปลูกต้นไม้ หรือการท่องเที่ยวตามความเหมาะสมหลีกเลี่ยงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ผิดวิธี เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ เป็นต้น
- 6) **ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักเดินทางอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ฝึกการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีและวันสำคัญทางศาสนาต่างๆในชุมชน

บรรณานุกรม

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



ภาคผนวก

ผนวก ก

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

ผนวก ข

ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

ผนวก ค

แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม

ผนวก ง

รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

ผนวก ก

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อ-สกุล..... เพศ () หญิง () ชาย อายุ.....ปี
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
คำแนะนำ จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี ตามอาการที่ได้จากการสังเกต/
สัมภาษณ์ ในช่วง 2 สัปดาห์จนถึงปัจจุบัน

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

การแปลผล:

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

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

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ
ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

แบบสังเกต

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง	มี	ไม่มี
1. ชีตชวนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล		
2. ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคายรุนแรง		
3. ช่มชู่จะทำร้ายผู้อื่น		
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ		
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุสมผล		
6. รื้อหรือขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย		
7. ทำลายสิ่งของจนแตกหัก		

การแปลผล:

มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)

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

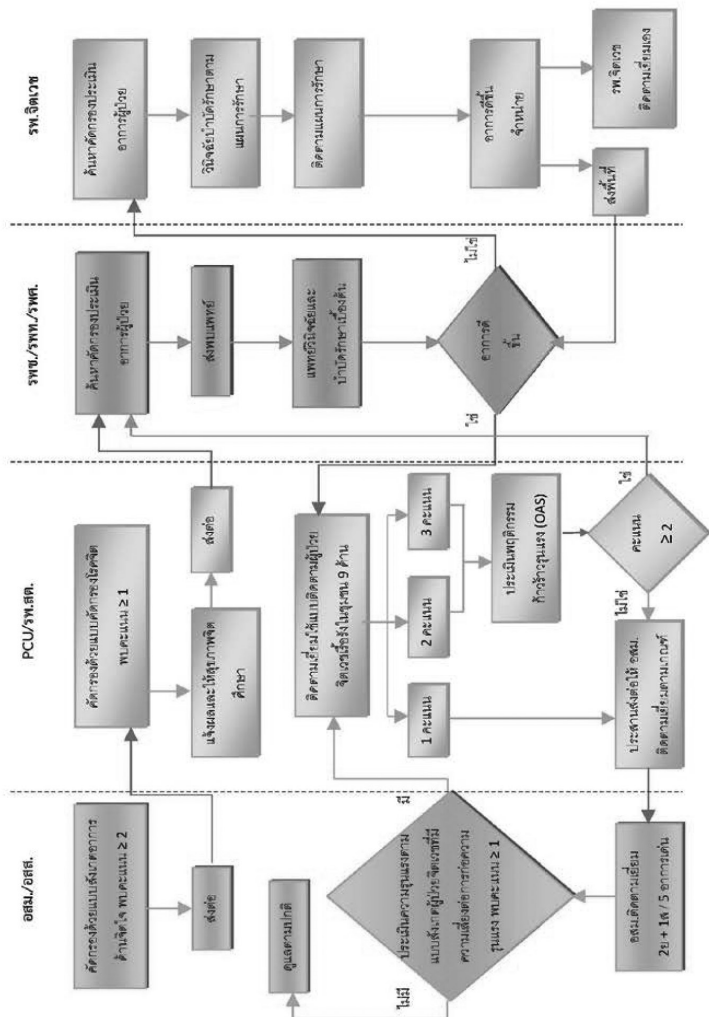
แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 red flags)

อาการเตือน	มี	ไม่มี
1. ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอนหลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา: ผุตุลุกผุตุนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว		
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี่ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว		
5. เทียบหว่าดระแวง: มีอาการหว่าดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อ

ผนวก ข ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

ระบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต



ผนวก ก

แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม

หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิต

ก. เป็นภาวะที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากปกติ การรับรู้ผิดปกติ ได้แก่ หูแว่ว

☒ ข. เกิดจากสาเหตุทางความเครียดเป็นหลัก

ค. จะมีผลต่อการรักษา เพราะการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองบกพร่อง

ง. ควรแยกจากสาเหตุทางกายอื่นๆ

2. การใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจโรคจิต ข้อใดถูกต้องที่สุด

ก. แบบคัดกรองนี้ใช้ได้ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป

ข. ใช้สังเกตอาการภายใน 2 เดือน

☒ ค. ถ้ามีอาการตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ถือว่าผลการคัดกรองเป็นบวก

ง. ถูกทุกข้อ

3. คำแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญคือ

ก. การอย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด

ข. ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนัก ควรพักผ่อนให้เต็มที่

☒ ค. ควรกำกับดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตให้เหมือนคนปกติ

ง. ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น กินยาด้วยตนเอง

4. ข้อใดสำคัญสำหรับการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต

ก. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ให้หยุดยาแล้วไปพบแพทย์

ข. ถ้ามีคอแข็ง น้ำลายไหล ให้ไปพบจิตแพทย์เพื่อปรับยาทันที

ค. ถ้ามีปากขยับไปมา ให้ปรับยาแก้ตัวแข็งเพื่อลดอาการที่เป็น

☒ ง. แนะนำการจัดการฤทธิ์ข้างเคียงด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต ได้แก่
- ก. การใช้ยาเสพติด
 - ข. การขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ
 - ค. ได้รับการรักษาแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น
 - ง. ถูกทุกข้อ

ผนวก จ

รายชื่อที่ปรึกษาวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน

ที่ปรึกษา

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

วิทยากร

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวลักษณ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวอุษา | ลิ้มชีว | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 5. นายวีร์ | เมฆวิไลย | กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

ผู้เข้าร่วมประชุม (ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 19-21 กันยายน 2560

ณ โรงแรมนารายณ์ สีลม กรุงเทพมหานคร)

- | | | |
|-----------------|---------------|---|
| 1. นางสาวเรณู | อินตะพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแกด้า |
| 2. นางสาวพิชญา | เหลียงพานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.หมู่ 3 บางคูรัด |
| 3. นางสาวระยอง | มีดี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รพ.สต. สมสะอาด |
| 4. นางรุจิรา | นันทกลาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสีคิ้ว |
| 5. นางปิ่นพันธ์ | สุขศรีพะเนาว์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว |

- | | | |
|----------------|----------------|--|
| 6. นางสาวมณฑา | เขยขุนทด | อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านเขียวชาญ อำเภอสี่คิ้ว |
| 7. นางสาววัลย์ | เอี้ยงพังเทียม | อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านเขียวชาญ อำเภอสี่คิ้ว |
| 8. นายณภัทร | วรากรอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ |

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

- | | | |
|------------------|-------------|--|
| 1. นางสาวเรณู | อินตะพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแกด้า |
| 2. นางสาวพิชญา | เหลียงพานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.หมู่ 3 บางคูรัด |
| 3. นางศิริกาญจน์ | โกะสวัสต์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบางบัวทอง |
| 4. นางสาวราณี | อาษาเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบางกรวย |
| 5. นางผดุงขวัญ | แก้วจำรัส | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.สต.บ้านลานัว |
| 6. นายณภัทร | วรากรอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ |

คณะทำงานกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

- | | | |
|------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1. นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 2. นางสาวซูรีภรณ์ | เสียงล้ำ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 3. นางสาวนิชาภา | รัตนจันทร์ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 4. ว่าที่ร้อยเอกกฤตเมธ | ตุ้มฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ |
| 5. นางสาวมณัญญา | เหรียญตระกูล | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน |
| 6. นางสาวสุวิมล | อุ้งเงิน | พนักงานพิมพ์ ส 3 |
| 7. นางสาววราภรณ์ | อุทธารนิช | พนักงานพิมพ์ ส 3 |

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]



คู่มือผู้เข้าอบรม

หลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(ฉบับปรับปรุง 2561)



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข