

แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ : แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ISBN : 978-0-7334-2609-4

บรรณาธิการ : ทันตแพทย์หญิงการณิ ชวาลวุฒิ

นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

นางพัทธนันท์ สอนางษ์

จัดทำโดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2564

จำนวนพิมพ์ : 400 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท โชติกา บิสิเนส พรินท์ จำกัด

คำนำ

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้หลักการ และกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่สำคัญของประเทศ คือ สร้างระบบการดูแล เชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ในสถานบริการทุกระดับ มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ในเขตสุขภาพ (Self - Contain) มีระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ (Referral Hospital Cascade) รวมถึง การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย สำหรับแผนพัฒนาการดำเนินงานที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด คือ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้มีความเหมาะสม เป็นไปตามขีดความสามารถของแต่ละระดับ และพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และ รองรับการแก้ไขปัญหาด้านจิตเวชและยาเสพติดที่สำคัญ

กรมสุขภาพจิต ได้ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และสถานบริการในเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ฉบับทดลองใช้ พ.ศ.2564) ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งและ พัฒนาการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยวิกฤตทางด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด สามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการช่วยเหลือในระยะวิกฤตฉุกเฉินอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการดูแลอาการทางจิตร่วมกับการดูแลภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย ลดความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ฉบับนี้ เป็นคำแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติเท่านั้น โดยในการจัดตั้งและพัฒนางานควรคำนึงสถานการณ์ และบริบทของสถานพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญ

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับจิตแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่จะได้นำไปประยุกต์ใช้ในการ จัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตลอดจนได้รับบริการที่มีคุณภาพต่อไป

คณะทำงาน
สิงหาคม 2564

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 โครงสร้างอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	5
• โครงสร้างอาคาร สถานที่ของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	5
• พื้นที่ใช้สอยภายในของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	6
• ลักษณะทางกายภาพและแนวทางการเลือกใช้วัสดุของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	8
บทที่ 3 เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์	22
บทที่ 4 บุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	23
• บุคลากรปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	23
• องค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับทีมผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	24
• โครงสร้างอัตรากำลังหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	26
บทที่ 5 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด	27
เอกสารอ้างอิง	33
ภาคผนวก	
ภาคผนวกที่ 1 แบบพัฒนาพื้นที่ใช้สอยหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	35
ภาคผนวกที่ 2 พื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	43
ภาคผนวกที่ 3 สื่อ/ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง	48

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมเนื่องจากสารเสพติดถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ของประชากรไทยประมาณ 1,025.5 พันปี หรือร้อยละ 6.8 ของทุกสาเหตุ และเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability; YLDs) คิดเป็น 929.1 พันปี หรือร้อยละ 19.3 ของทุกสาเหตุ โดยพบว่าสาเหตุหลักสำหรับประชากรชาย คือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 13.1 และโรคซึมเศร้าในประชากรหญิง คิดเป็นร้อยละ 5.2 ของ YLDs (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ซึ่งเมื่อพิจารณาสถานการณ์การเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.98 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) จำนวน 576,811 คน โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 417,160 คน และความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) จำนวน 381,248 คน และจากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 (ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาท และอารมณ์) เพื่อให้ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ไปปรับและนำส่งสถานพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (ปี 2559 - 2562 จำนวน 14,582 ครั้ง 16,131 ครั้ง 17,858 ครั้ง และ 18,690 ครั้ง ตามลำดับ)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ในปีงบประมาณ 2563 คิดเป็นร้อยละ 24.56 ของจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด และมีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเป็นทางการตลอดเวลา ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงเป็นพิเศษ เพื่อดูแลอาการทางจิตให้สงบร่วมกับการดูแลอาการทางด้านร่างกาย และส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถาน/ โรงพยาบาลเฉพาะทาง เมื่อต้องได้รับการบำบัดรักษาในระยะกลางและระยะยาวต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี พ.ศ. 2561- 2565 ภายใต้หลักการและกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่สำคัญของประเทศ คือ สร้างระบบการดูแลแบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ในสถานบริการทุกระดับ มีการดูแลแบบเบ็ดเสร็จในเขตสุขภาพ (Self - Contain) และมีระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพ (Referral Hospital Cascade) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ **ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย** และมีกรอบการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็น และการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โดยสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติดได้กำหนดเป้าหมายการให้บริการ (Service Delivery) ด้านหนึ่งคือ การให้บริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดฉุกเฉิน (Acute care) ในสถานพยาบาลระดับ A S และ M1 รวมทั้งนโยบายและข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ด้านนโยบายการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปี 2563 ตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ได้ให้ข้อเสนอแนะการบริหารจัดการในการพัฒนามาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการรับบริการของประชาชนในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้อาการทางจิตสงบ และลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตทางด้านสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวม ทันต่อเวลา ครอบคลุมทั้งการดูแลอาการทางจิตในระยะฉุกเฉินให้อาการทางจิตสงบร่วมกับการดูแลภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายให้อาการคงที่ จึงจำเป็นต้องมีการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเขตสุขภาพ เน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระยะฉุกเฉิน ไม่เกิน 7-14 วัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ รวมถึงเกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายระบบบริการแบบไร้รอยต่อในเขตสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางการจัดตั้งและพัฒนาการให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำจำกัดความ

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง หอผู้ป่วย เฉพาะทางเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชและยาเสพติดซึ่งมีภาวะฉุกเฉินทางจิตที่รับไว้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล และมีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสั้น (WHO, 2018) โดยเน้นให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน ไม่เกิน 7-14 วัน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย

การจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางด้านสุขภาพจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น โดยการจัดตั้ง หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. หลักเกณฑ์เบื้องต้นในการพิจารณาเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

- สถานพยาบาลมีระยะทางห่างจากสถานพยาบาลใกล้เคียงที่สุดที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มากกว่า 100 กิโลเมตร
- การส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ไปสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสูง
- ไม่มีโรงพยาบาลรัฐอยู่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพ
- มีจิตแพทย์ อย่างน้อย 1-3 คน
- มีพยาบาลจิตเวชให้บริการอย่างน้อย 6 คน ขึ้นไป
- มีสถานที่พร้อมดำเนินการ

2. ทบทวนเหตุผล ความจำเป็น กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการจัดตั้งและพัฒนา

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้ชัดเจน เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหาร เช่น

- สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และความต้องการ สุขภาวะ (Health need) ของประชาชนในพื้นที่
- ข้อมูลสถิติในการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) ความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อ
- ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่สำเร็จ และถูกส่งกลับด้วยเหตุผล/ ข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยมีโรคทางกาย
- อุบัติการณ์/ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน (Admit) ที่หอผู้ป่วยอื่น
- คำน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight; RW) และรายได้จากการให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

3. ทบทวนจำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อนำมาสู่การวางแผน อัตรากำลัง และการประเมินจำนวนเตียงที่ควรจะมี

4. การจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ควรจัดให้มีจำนวนเตียงอย่างน้อย 10 เตียงขึ้นไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำนวนเตียงที่แนะนำดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับอัตรากำลังพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เช่น อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวร ตามมาตรฐานบริการพยาบาล และພູຊຽງຮຽຣຣ໌ ຣະດັບທຸຕິຍກູມີແລະຣະດັບຕຕິຍກູມີ ພ.ຄ. 2548 ຂອງສາກາການພຍາບາລ ໂດຍກຳນົດສັດສ່ວນພຍາບາລຜົວຊາວ 1 ຄົນ ຕໍ່ພູຊຽງ 4 ຄົນ



บทที่ 2

โครงสร้างอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป็นหน่วยที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อาจมีภาวะฉุกเฉินทางจิต มีอาการคลุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งอาจไปรบกวนต่อผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น รวมทั้งอาจเกิดการตีตราและเป็นตราบาปต่อผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นตำแหน่งที่ตั้งของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดควรแยกพื้นที่เป็นสัดส่วนจากหอผู้ป่วยแผนกอื่น คำเนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ อาคารสถานที่ของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จึงให้ความสำคัญเรื่องการออกแบบโครงสร้างอาคาร สถานที่ พื้นที่ใช้สอย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเหมาะสมในการบำบัดรักษา และความมั่นคงในการควบคุมดูแลผู้ป่วย

โครงสร้างอาคาร สถานที่ของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

การออกแบบสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้าง อาคารสถานที่ของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีความจำเป็นต้องมีการออกแบบที่มีลักษณะเฉพาะ มีการแบ่งพื้นที่ทางกายภาพที่แตกต่างไปจากแผนกอื่น เพื่อให้เหมาะสมต่อลักษณะของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา

กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำรูปแบบ ราคาค่าก่อสร้างของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสำหรับอาคารของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับลักษณะของอาคารหอผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยออกแบบจำนวนเตียงของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดประกอบไปด้วย 1. ห้องนอนผู้ป่วยสามัญ 2. ห้องพักแยกสังเกตอาการ (Seclusion room) 3. ห้องแยกโรค (Negative pressure room) และได้จัดรูปแบบจำนวนเตียงออกเป็น 3 ขนาด ดังนี้

1. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 10-19 เตียง (Ward Size S) สามารถใช้
อาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง)

2.หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 20-25 เตียง (Ward Size M) สามารถใช้อาคารหอผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง) หรือ อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แบบที่เลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง)

3.หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 26-35 เตียง (Ward Size L) สามารถใช้อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แบบเลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง) หรือ อาคารผู้ป่วยใน 114 เตียง แบบเลขที่ 8605 (หรือใกล้เคียง) หรือ อาคารผู้ป่วยใน 120 เตียง แบบเลขที่ 9128 (หรือใกล้เคียง) หรือ อาคารผู้ป่วยใน 144 เตียง แบบเลขที่ 9073 (หรือใกล้เคียง) หรือ อาคารผู้ป่วยใน 156 เตียง แบบเลขที่ 9045 (หรือใกล้เคียง)

ทั้งนี้ **สถานพยาบาลสามารถเลือกใช้แบบอาคารผู้ป่วยในได้ตามบริบทและนโยบายของสถานพยาบาล** โดยแบบพัฒนาพื้นที่ใช้สอยเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตามขนาดจำนวนเตียง ทั้ง 3 รูปแบบข้างต้น **มีรายละเอียดตามภาคผนวกที่ 1**

พื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

องค์ประกอบหลักของพื้นที่สำหรับให้การรักษาและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สามารถจำแนกได้ 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1: พื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่

- 1.1 พักรอ (ญาติรอ)
- 1.2 ห้องเอนกประสงค์สำหรับญาติ/ ผู้ป่วย (ญาติเยี่ยม)
- 1.3 ห้องให้คำปรึกษาผู้ป่วย/ ญาติ
- 1.4 ห้องนอนผู้ป่วยสามัญ
- 1.5 ห้องพิเศษ
- 1.6 ห้องพักแยกสังเกตอาการ (Seclusion room)
- 1.7 ห้องสุขา/ อาบน้ำผู้ป่วย
- 1.8 ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม/ นันทนาการ
- 1.9 บริเวณเอนกประสงค์ (รับประทานอาหาร-เครื่องดื่ม พักผ่อนระหว่างวัน)
- 1.10 ห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)**
- 1.11 ห้องแยกโรค (Negative pressure room)

หมายเหตุ : (**) ห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจจัดเมื่อมีบริการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

ส่วนที่ 2: พื้นที่ปฏิบัติงานหลักของแผนกโดยผู้ให้บริการและ/ หรือเจ้าหน้าที่ ได้แก่

- 2.1 เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station)
- 2.2 เตรียมการพยาบาล (Treatment)
- 2.3 ห้องประชุมเล็ก (สำหรับการเรียนการสอน Case Conference)
- 2.4 ห้องหัวหน้าหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 3: พื้นที่สนับสนุนการให้บริการและการปฏิบัติงาน ได้แก่

- 3.1 เก็บยา/ เวชภัณฑ์ และวัสดุการแพทย์
- 3.2 เก็บผ้าสะอาด/ ของปราศจากเชื้อ
- 3.3 เก็บเครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์
- 3.4 เก็บวัสดุสำนักงาน
- 3.5 ห้องเอนกประสงค์/ พักเจ้าหน้าที่
- 3.6 ห้องพักแพทย์เวร
- 3.7 เก็บของใช้ส่วนตัว/ เปลี่ยนเสื้อผ้าเจ้าหน้าที่
- 3.8 ล้าง-ทำความสะอาดเครื่องมือ/ อุปกรณ์
- 3.9 เท-ล้าง-ตาก หม้อนอน/ กระจบอกปัสสาวะ
- 3.10 พักผ้าเปื้อน/ ชยะ
- 3.11 สุขาผู้ให้บริการ/ เจ้าหน้าที่ *
- 3.12 ชักล้าง-ตาก- เก็บอุปกรณ์ทำความสะอาดอาคาร *

หมายเหตุ : พื้นที่ใช้สอยซึ่งมีเครื่องหมาย (*) อาจจัดให้อยู่ในพื้นที่ส่วนกลางของอาคารซึ่งแผนกนั้นๆ ตั้งอยู่ (ใช้ร่วมกับแผนกอื่นๆ)

โดยมีรายละเอียดของครุภัณฑ์/อุปกรณ์จำเป็น จำนวนครุภัณฑ์/อุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมต่างๆ ที่จะเกิดในแต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งประโยชน์และข้อควรระวังในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับแต่ละองค์ประกอบหลักของพื้นที่ใช้สอย **รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 2**

ลักษณะทางกายภาพและแนวทางการเลือกใช้วัสดุของหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด

โดยทั่วไปหอผู้ป่วยจะมีลักษณะทางกายภาพเฉพาะเพื่อตอบสนองต่อการใช้งานและการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งควรมีการพัฒนาลักษณะทางกายภาพและเลือกใช้วัสดุให้เหมาะสมต่อประเภทและตำแหน่งการใช้งานเพื่อจัดบริการแก่ผู้ป่วย โดยให้ยึดตามหลักมาตรฐานความปลอดภัย ดังต่อไปนี้

ทางเข้าออก-หลัก และประตู (Main Entrance and Door)

• ทางเข้า-ออกหลักของหอผู้ป่วย

- ควรแยกออกจากหอผู้ป่วยแผนกอื่น เพื่อเป็นส่วนตัว และความปลอดภัย
- ควบคุมทางเข้า-ออกที่ใช้ร่วมกับแผนกอื่น เช่น บริเวณโถงลิฟต์ โถงบันไดหลัก บันไดหนีไฟ และทางเชื่อมทุกจุด โดยการกันประตู และผนังกันสูงจรดฝ้าเพดาน พร้อมมีระบบควบคุมการเข้า-ออก

• บานประตูควรมีโครงสร้างที่แข็งแรง และมีความหนาของส่วนแข็งไม่ต่ำกว่า 35 มิลลิเมตร

• ประตูในพื้นที่ใช้สอยของผู้ป่วย ในกรณีเป็นประตูรูปแบบบานเปิด

- ควรเปิดออกสู่ด้านนอก มีทั้งแบบบานเดี่ยวและบานคู่ซึ่งการเลือกใช้จะขึ้นอยู่กับขนาดพื้นที่และความกว้างของทางเข้า

- บานประตูเป็นบานทึบ ให้เพิ่มช่องมองกระจก (Laminated glass) เพื่อให้เจ้าหน้าที่มองเห็นความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายในห้อง

- ด้านในไม่ต้องมีมือจับและสามารถล็อกประตูได้จากด้านนอกเท่านั้น

• ประตูห้องปฏิบัติการพยาบาลและ/ หรือเคาน์เตอร์พยาบาล ควรมีระบบหรือวิธีการรักษาความปลอดภัย เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

- มีระบบควบคุมการเข้า-ออก สามารถปิดล็อกได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุ

- เพิ่มประตูหนีฉุกเฉินอีก 1 ประตู เป็นประตูรูปแบบบานพลิกสู่ด้านนอก (ด้านในไม่ต้องมีลูกบิด)

และสามารถล็อกประตูได้จากด้านนอกเท่านั้น ลักษณะการใช้งานจะเปิดออกกว้างได้ถึง 180 องศา เพื่อเจ้าหน้าที่สามารถหลบหลีกได้ทันที ในกรณีผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง

- มีจอแสดงผลกล้องวงจรปิด CCTV ที่เคาน์เตอร์พยาบาล ดูความเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

• ประตูทุกบานภายในแผนก ควรใช้ระบบกุญแจมาสเตอร์คีย์ (Master Key System) สามารถเปิดล็อกได้ทั้งหมด ในกรณีฉุกเฉินด้วยกุญแจเพียงดอกเดียว



หน้าต่าง (Window)

- **ลูกฟิกกระจกของหน้าต่างภายนอกและหน้าต่างภายใน**
ควรใช้เป็นกระจกลามิเนต (Laminated Glass) ซึ่งเป็นกระจกนิรภัยที่เกิดจากการนำกระจกตั้งแต่ 2 ชั้น มาติดกัน โดยมีแผ่นฟิล์ม PVB (Poly Vinyl Butyral) อยู่ตรงกลาง ซึ่งเมื่อเกิดการแตก แผ่นกระจกจะถูกยึดด้วยฟิล์ม ไม่หลุดออกมา ทนต่อแรงอัดกระแทก และช่วยป้องกันการจู่โจมของผู้ป่วยได้

- **หน้าต่างภายนอก**

- ควรใช้แผงวัสดุที่มีความโปร่งแสงและมั่นคงแข็งแรง ติดตั้งที่บริเวณบานหน้าต่างด้านในอีก 1 ชั้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยกระแทกตัวหลุดออกจากอาคาร ป้องกันความเสียหายของกระจก และกันผู้ป่วยเข้าถึงส่วนยื่นของอุปกรณ์ประกอบหน้าต่าง เช่น มือจับก้านโยกของหน้าต่าง บานกระทุ้งระบายอากาศ เป็นต้น

- แผงวัสดุที่แนะนำ อาทิเช่น ตะแกรงเหล็กฉีก (Expanded Metal Sheet) แผ่นตะแกรงเจาะรู (Perforated Sheet) เป็นต้น โดยรูปแบบของวัสดุดังกล่าว ต้องไม่เอื้อให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองได้ เช่น การลบคมของตะแกรงเหล็กฉีก (Expanded Metal Sheet) หรือ ไม้ใช้รูดของตะแกรงที่ใหญ่เกินไปที่จะสามารถร้อยเชือก เป็นต้น

- **หน้าต่างควรให้เปิดระบายอากาศได้** โดยควบคุมความกว้างในการเปิดไว้ไม่เกิน 125 มิลลิเมตร เนื่องจากการระบายอากาศถือเป็นเรื่องสำคัญ



พื้นทั่วไป (Floor)

ผิวพื้นที่เหมาะสมต่อลักษณะทางกายภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช ควรมึลักษณะดังนี้

- วัสดุผิวพื้นควรมีคุณสมบัติลดแรงกระแทก (Soft Floor หรือ Absorption Floor) เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยจิตเวชมีอาการคลุ้มคลั่งหรือทำร้ายตนเอง

- วัสดุพื้นที่เหมาะสม คือ พื้นลดแรงกระแทก หรือ Vinyl Shock Absorption Floor เป็นพื้นไวนิล ชนิดม้วน ประกอบด้วยชั้นโฟม (Installation Comfort) ช่วยลดแรงกระแทกจากการสัมผัสพื้น ความหนาไม่น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร วัสดุผิวหน้าเคลือบด้วย Polyurethane ป้องกันรอยขีดข่วน กันน้ำและกันความชื้น ทำความสะอาดได้ง่าย ป้องกันการสะสมของเชื้อโรคและฝุ่น แผ่นใหญ่รอยต่อน้อย ปูม้วนขึ้นผนังแทนบัวเชิงผนัง กรณีที่พื้นเดิมเป็นพื้นซีเมนต์ขัดมัน พื้นกระเบื้อง หรือพื้นหินขัด สามารถปูทับพื้นเดิมด้วยระบบปูกวา



ผนังทั่วไป (Wall)

ผนังห้องที่เหมาะสมต่อลักษณะทางกายภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

- ผนังเรียบ ไม่ควรมีมุมเสาหรือมุมผนังภายในห้อง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ กรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงลักษณะทางกายภาพของอาคารเดิมได้ เช่น มีเสา หรือมุมผนังภายในห้อง ให้ใช้วัสดุกันกระแทกหุ้มที่มุมเสาหรือมุมห้องนั้น

- สีทาผนังควรใช้สีล้างทำความสะอาดได้ง่าย และทนต่อการขีดข่วน

- ก่อผนังสูงจนถึงท้องคานหรือท้องพื้น เพื่อกันผู้ป่วยหลบหนีทางฝ้าเพดาน





ฝ้าเพดาน (Ceiling)

ฝ้าเพดานที่เหมาะสมต่อลักษณะทางกายภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

- ความสูงฝ้าเพดานประมาณ 3 เมตร ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้

- สำหรับงานปรับปรุง การเปลี่ยนฝ้าเพดานชนิดแขวน (ที-บาร์) เป็นฝ้าเพดานแบบฉาบเรียบ และเสริมความแข็งแรงบริเวณรอยต่อแผ่นวัสดุ เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้แรงกระแทกหลบหนีทางฝ้าเพดาน

- ในกรณีที่ต้องมีช่อง Service ท่อเหนือฝ้าเพดาน ให้ทำการล็อก และเข้าถึงได้เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น

- ควรระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อต่อท่อเหนือฝ้าเพดาน เนื่องจากผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการทำร้ายตนเองได้ แต่หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ไม่ควรยึดท่อให้แน่นมาก รับน้ำหนักได้ไม่เกิน 20 กิโลกรัม

ผนังกันพื้นที่ใช้สอยภายใน (Interior Wall)

เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องมีการสังเกตพฤติกรรมและความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ตลอดเวลา จึงควรลดพื้นที่ที่เป็นมุมอับทางสายตาให้มน้อยที่สุด เช่น ผนังที่หอนอนผู้ป่วยสามัญ เป็นต้น ดังนั้น วัสดุที่ควรเลือกใช้สำหรับเป็นผนังกันพื้นที่ใช้สอย จะต้องมีความโปร่งใสและโปร่งแสง แต่ยังคงความแข็งแรง และความปลอดภัย ดังนี้

• กระจกลามิเนต (Laminated Glass) วงกบอะลูมิเนียม

- เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน
- มีคุณสมบัติทนแรงกระแทก และเมื่อกระจกแตกแผ่นกระจกจะไม่หลุดออก เนื่องจากถูกยึดด้วยฟิล์ม

ซึ่งผู้ป่วยก็จะไม่สามารถจู่โจมออกมาได้เช่นกัน

• กระจกธรรมดา (Float Glass) ติดแผ่นฟิล์มนิรภัย วงกบอะลูมิเนียม

- สามารถใช้กระจกธรรมดา (Float Glass) นำมาติดแผ่นฟิล์มนิรภัยที่มีความหนาตั้งแต่ 4 มิลลิเมตร หรือ 100 ไมครอนขึ้นไป เพื่อความปลอดภัยที่มากขึ้น เมื่อกระจกแตกแผ่นกระจกจะไม่หลุดออก เนื่องจากถูกยึดด้วยฟิล์ม

- มีราคาถูกกว่ากระจกลามิเนต (Laminated Glass)



• **แผ่นอะคริลิก (Acrylic) วงกบอะลูมิเนียม**

- เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน
- มีความแข็งแรงขึ้นอยู่กับความหนาแผ่น มีน้ำหนักเบา
- รับแรงกระแทกได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับกระจก สามารถรับแรงได้มากกว่าถึง 15 เท่า
- **ข้อเสีย** คือ ไม่ป้องกันรอยขีดข่วนจากวัตถุมีคม เมื่อเกิดรอยขีดข่วนทำให้ดูไม่สวยงาม

• **แผ่นโลหะฉลุลายตกแต่ง (Perforated Metal Sheet)**

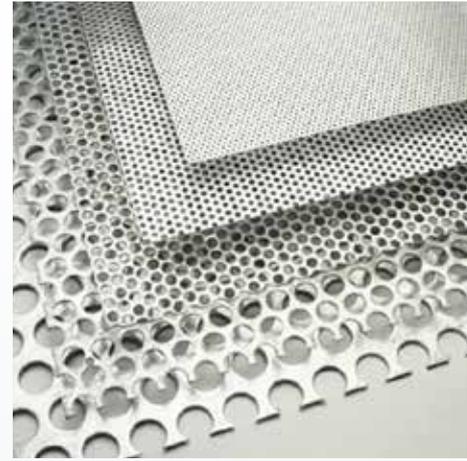
- มีความแข็งแรงขึ้นอยู่กับความหนาของวัสดุและโครงคร่าว มีการฉลุลายตกแต่งสวยงาม สามารถระบายอากาศได้ดี เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้

• **เหล็กดัด (Wrought iron)**

- มีความแข็งแรง สามารถระบายอากาศได้ดี เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ แต่คล้ายสถานจองจำ อาจส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย

ราวกันตก (Railing)

พื้นที่ส่วนกลาง เช่น โถงหน้าลิฟต์ โถงหน้าบันได้หลัก ปลายทางเดินโซนห้องพัก เป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีหน้าต่างกระจกสูงตั้งแต่พื้นถึงฝ้าเพดาน เพื่อรับแสงธรรมชาติให้ดูโปร่งโล่ง สบายตา จึงจำเป็นต้องมีการติดตั้งราวกันตกเหล็กสูงประมาณ 1.10 เมตร (ไม่ต้องสูงถึงฝ้าเพดาน เพราะเป็นพื้นที่ส่วนกลางที่อยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย) ที่มีความมั่นคงแข็งแรง เพื่อเพิ่มความปลอดภัย กันผู้ป่วยหลุดออกจากตัวอาคารและช่วยลดทอนความกลัวความสูงเมื่อผู้ป่วยมองออกนอกอาคารด้วย





บริเวณกันสาดหรือระเบียง (Balcony)

ลักษณะทางกายภาพของอาคารหอผู้ป่วยเดิม ส่วนใหญ่จะมีกันสาด (เพื่อกันแดดฝนและลดทอนความสูงเมื่อมองออกนอกอาคาร) และระเบียง จึงจำเป็นต้องเพิ่มความปลอดภัย กันผู้ป่วยหลุดออกจากตัวอาคารและป้องกันการหลบหนีอีกชั้นหนึ่ง โดยใช้แผ่นโลหะฉลุลายตากแต่ง (Perforated Metal Sheet) หรือวัสดุโปร่งแสงอื่นๆ ที่มีความมั่นคงแข็งแรง ติดตั้งตรงบริเวณขอบกันสาดหรือขอบระเบียง ให้มีความสูงมากพอ หรือตลอดความสูงของชั้นอาคาร

ห้องแยกสังเกตอาการ (Seclusion room)

- **ห้องแยกสังเกตอาการ ควรมีลักษณะที่เหมาะสมดังนี้**

- อยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นได้อย่างทั่วถึงจากเคาน์เตอร์พยาบาล
- แยกห้องออกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น มีดซิด เป็นส่วนตัว และปลอดภัย ขนาดห้องนอนผู้ป่วย 3x3.6 เมตร โดยประมาณ (ไม่รวมห้องน้ำ) หรือปรับตามสภาพพื้นที่ที่มีอยู่ตามความเหมาะสม

- มีห้องสุขาในตัว (1 ห้องนอน/ 1 ห้องสุขา หรือใช้ห้องสุขาร่วมกัน ภายในกลุ่มผู้ป่วยแยกสังเกตอาการ)

- มีช่องหน้าต่างลูกฟักกระจกลามิเนต รับแสงธรรมชาติส่องสว่างอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่อดอู้อี้ โดยติดตั้งวัสดุที่มีความโปร่งแสงและมั่นคงแข็งแรง เช่น ตะแกรงเหล็กฉีก ที่บริเวณบานหน้าต่างด้านในอีก 1 ชั้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยกระแทกตัวหลุดออกจากอาคาร ป้องกันความเสียหายของกระจก และกันผู้ป่วยเข้าถึงส่วนยื่นของอุปกรณ์ประกอบหน้าต่าง เช่น มือจับกันโยกของหน้าต่างบานกระทุ้งระบายอากาศ เป็นต้น

- **ผิวพื้น ควรมีลักษณะดังนี้**

- วัสดุผิวพื้นควรมีคุณสมบัติลดแรงกระแทก (Soft Floor หรือ Absorption Floor) เพื่อลดอุบัติเหตุกรณีผู้ป่วยจิตเวชมีอาการคลุ้มคลั่งหรือทำร้ายตนเอง

- วัสดุพื้นที่มีความเหมาะสม คือ พื้นลดแรงกระแทก หรือ Vinyl Shock Absorption Floor เป็นพื้นไวนิลชนิดมัน ประกอบด้วยชั้นโฟม (Installation Comfort) ช่วยลดแรงกระแทกจากการสัมผัสพื้น ความหนาไม่น้อยกว่า 4.5 มิลลิเมตร วัสดุผิวหน้าเคลือบด้วย Polyurethane ป้องกันรอยขีดข่วน กันน้ำและกันความชื้น ทำความสะอาดได้ง่าย ป้องกันการสะสมของเชื้อโรคและฝุ่น แผ่นใหญ่ รอยต่อน้อย ปูมันขึ้นผนังแทนบัวเชิงผนัง กรณีที่พื้นเดิมเป็นพื้นซีเมนต์ขัดมัน พื้นกระเบื้อง หรือพื้นหินขัด สามารถปูทับพื้นเดิมด้วยระบบปูกา

• ผนัง ควรมึลักษณะดังนี้

- แนวผนังเรียบ ไม่ควรมีมุมเสาหรือมุมผนังภายในห้อง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ กรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงลักษณะทางกายภาพของอาคารเดิมได้ เช่น มีเสาหรือมุมผนังภายในห้อง ให้ใช้วัสดุกันกระแทกหุ้มที่มุมเสาหรือมุมห้องนั้น

- ก่อผนังสูงจนถึงท้องคานหรือท้องพื้น เพื่อกันผู้ป่วยหลบหนีทางฝ้าเพดาน

- ผนังทั้ง 4 ด้าน ให้บุแผ่นผนังกันกระแทก วัสดุ เป็นแผ่นไม้อัดบุ PE โฟม หุ้มด้วยหนัง PU ความหนาแผ่นรวมไม่น้อยกว่า 10 ซม. สูงจรดฝ้าเพดาน

• ประตู

- บานประตูควรมีโครงสร้างที่แข็งแรง และมีความหนาของส่วนแข็งไม่ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตร

- บานประตูควรเป็นบานเปิดคู่ออกสู่ด้านนอก ความกว้างเพียงพอสำหรับเตียงและอุปกรณ์ทางการแพทย์

- ด้านในไม่ต้องมีลูกบิดหรือมือจับและสามารถล็อกประตูได้จากด้านนอกเท่านั้น

- บานประตูเป็นบานทึบ ให้เพิ่มช่องมองกระจก (Laminated glass) เพื่อให้เจ้าหน้าที่มองเห็นความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายในห้อง

- มีประตูเฉพาะสำหรับเจ้าหน้าที่ เพิ่มอีก 1 ประตู เป็นประตูรูปแบบบานพลิกสู่ด้านนอก (ด้านในไม่ต้องมีลูกบิดหรือมือจับ) และสามารถล็อกประตูได้จากด้านนอกเท่านั้น ลักษณะการใช้งานจะเปิดออกกว้างได้ 180 องศา เพื่อเจ้าหน้าที่สามารถเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือหลบหนีออกจากห้องได้ทันทั่วทั้งในกรณีฉุกเฉิน

• กระจกชนิด Two Way Mirror สำหรับเจ้าหน้าที่สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

- Two Way Mirror เป็นกระจกชนิดพิเศษ ฝั่งของผู้ป่วยจะมองเห็นเหมือนกระจกเงา และฝั่งของเจ้าหน้าที่จะสามารถมองผ่านกระจกเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วย



- ติดตั้งบริเวณผนังหน้าห้อง ระดับความสูงของขอบวงกบล่างประมาณ 90 เซนติเมตร เพื่อให้เจ้าหน้าที่นั่งบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชได้สะดวก

- **ห้องสุขา**

- สามารถเป็นห้องสุขาแยก หรือเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ห้องนอน กรณีที่เป็นห้องสุขาแยก ไม่ต้องติดตั้งบานประตู เพื่อจะได้ไม่เกิดพื้นที่หลบซ่อนตัวของผู้ป่วย

- รูปแบบสุขภัณฑ์ (ดูหัวข้อ ห้องสุขา/ ห้องอาบน้ำผู้ป่วย หน้าที่ 18)

- **ครุภัณฑ์**

- ภายในห้องควรมีเพียงเตียงนอนผู้ป่วย ถ้ามีครุภัณฑ์อื่นๆ เช่น ตู้เก็บของใช้สำหรับผู้ป่วย ควรยึดแน่นกับพื้นให้มั่นคงแข็งแรง และลบเหลี่ยมมุมที่จะไม่สามารถใช้เป็นอาวุธหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

- เตียงนอนควรมีการยึดแน่นกับพื้นให้มั่นคงแข็งแรง สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้และไม่เสี่ยงต่อการพลิกคว่ำ ในกรณีที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่งและต้องผูกยึดไว้กับเตียงเพื่อสงบสติอารมณ์

- กรณีที่เตียงยกสูง ควรกั้นด้วยแผ่นวัสดุโดยรอบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปใต้เตียงใช้เป็นที่พักพิง

- ติดกระจกนูนภายในห้องนอนผู้ป่วย (จำนวนบานขึ้นอยู่กับจุดอับสายตาภายในห้อง) ในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นได้สะดวกจากภายนอกห้อง ตรงช่องมองกระจกของประตูทางเข้า เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วห้อง 360 องศา แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในตำแหน่งจุดอับสายตา เช่น หลบซ่อนหลังประตูทางเข้า เป็นต้น

- **ระบบไฟฟ้าและสื่อสารภายในห้อง** (ดูหัวข้อ ระบบไฟฟ้าแสงสว่างและสื่อสาร หน้าที่ 20)



ห้องผู้ป่วยแยกเดี่ยว (Isolate Room)

- **ประตู**

- บานประตูควรมีโครงสร้างที่แข็งแรง และมีความหนาของส่วนแข็งไม่ต่ำกว่า 35 มิลลิเมตร

- บานประตูควรเป็นบานเปิดคู่ออกสู่ด้านนอก (กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่สามารถผลักออกได้ทันที) ความกว้างเพียงพอสำหรับเตียงและอุปกรณ์ทางการแพทย์

- ด้านในไม่ต้องมีลูกบิดหรือมือจับและสามารถล็อกประตูได้จากด้านนอกเท่านั้น

- บานประตูเป็นบานทึบ ให้เพิ่มช่องมองกระจก (Laminated glass) เพื่อให้เจ้าหน้าที่มองเห็นความเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายในห้อง

• **มีช่องหน้าต่างลูกฟักกระจกลามิเนต** รับแสงธรรมชาติส่องสว่างอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่อดอู้อี้ โดยติดตั้งวัสดุที่มีความโปร่งแสงและมั่นคงแข็งแรง เช่น ตะแกรงเหล็กฉีก ที่บริเวณบานหน้าต่างด้านในอีก 1 ชั้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยกระแทกตัวหลุดออกจากอาคาร ป้องกันความเสียหายของกระจก และกันผู้ป่วยเข้าถึงส่วนยื่นของอุปกรณ์ประกอบหน้าต่าง เช่น มือจับก้านโยกของหน้าต่างบานกระทุ้งระบายอากาศ เป็นต้น

• **ห้องน้ำ**

- มีห้องน้ำในตัว
- ประตูห้องน้ำเป็นแบบบานเลื่อน หรือบานเปิดออกด้านนอก ทำจากวัสดุทนชื้น กันน้ำ สามารถล็อกได้ 2 ทาง เมื่อมีเหตุฉุกเฉินเจ้าหน้าที่สามารถปลดล็อกจากด้านนอก เพื่อเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้
- รูปแบบสุขภัณฑ์ (ดูหัวข้อ ห้องสุขา/ ห้องอาบน้ำผู้ป่วย หน้า 18)

• **ระเบียงห้องพักผู้ป่วย**

- จัดภูมิทัศน์ที่ระเบียงห้อง เช่น กระจกตันไม้ รูปปั้นสัตว์ ฯลฯ ผู้ป่วยสามารถนั่งเล่น รับแสงลมธรรมชาติ ผ่อนคลายจิตใจ
- นอกจากจะมีราวกันตกสูง 1.10 เมตร แล้ว ยังต้องมีการเพิ่มความปลอดภัย เพื่อกันผู้ป่วยหลุดออกจากตัวอาคารและป้องกันการหล่นหนักอีกชั้นหนึ่ง โดยใช้แผ่นตะแกรงเจาะรู (Perforated Sheet) หรือวัสดุโปร่งแสงอื่นๆ ที่มีความมั่นคงแข็งแรง ติดตั้งตรงบริเวณขอบระเบียง ให้มีความสูงมากพอ หรือตลอดความสูงของชั้นอาคาร

• **ครุภัณฑ์ภายในห้อง**

- ควรยึดแน่นกับพื้นหรือผนังให้มั่นคงแข็งแรง และลบเหลี่ยมมุมที่จะสามารถใช้เป็นอาวุธหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย
- เติงนอนควรยึดแน่นกับพื้นให้มั่นคงแข็งแรง สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้และไม่เสี่ยงต่อการพลิกคว่ำในกรณีที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่งและต้องผูกยึดไว้กับเตียงเพื่อสงบสติอารมณ์
- ติดกระจกนูนภายในห้องนอนผู้ป่วย (จำนวนบานขึ้นอยู่กับจุดอับสายตาภายในห้อง) ในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นได้สะดวกจากภายนอกห้อง ตรงช่องมองกระจกของประตูทางเข้า เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วห้อง 360 องศา แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในตำแหน่งจุดอับทางสายตา เช่น หลบซ่อนหลังประตูทางเข้า เป็นต้น

• **ระบบไฟฟ้าและสื่อสารภายในห้อง** (ดูหัวข้อ ระบบไฟฟ้าแสงสว่างและสื่อสาร หน้า 20)



ห้องแยกโรค (Negative Pressure Room)

สำหรับอาคารเดิม ห้องพักผู้ป่วย (Isolate Room) จะถูกนำมาปรับการใช้งานให้เป็นห้องแยกโรค (Negative Pressure Room) เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีลักษณะทางกายภาพที่เหมาะสม มีห้องน้ำในตัว เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ จึงต้องมีการควบคุมความดันอากาศภายในห้องให้ต่ำกว่าภายนอกห้อง (Negative Pressure) เพื่อไม่ให้อากาศภายในห้องที่อาจจะมีเชื้อโรคปนเปื้อน ไหลออกมาสู่ภายนอก (ตามมาตรฐานกำหนดให้แรงดันลบภายในห้องแยกเดี่ยวผู้ป่วย ต้องมีระดับต่ำกว่าห้องรอบข้าง ไม่น้อยกว่า 25 ปาสกาล)

- **ภายในห้องแยกโรค (Negative Pressure Room)** แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- **ห้องเตรียม (Ante Room)** เป็นห้องเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนไปปฏิบัติงาน ประกอบด้วยอ่างล้างมือ พื้นกันน้ำ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย มีช่องเติมอากาศจากภายนอก (Fresh Air Unit 100%) ประโยชน์ของห้อง Ante Room คือ เป็นห้องคั่นระหว่างห้องผู้ป่วยกับพื้นที่ภายนอก เพื่อไม่ให้เกิดแรงดันเป็นบวกหรือมีอากาศไหลออกจากห้องผู้ป่วยสู่พื้นที่ภายนอก เมื่อมีการเปิดประตูเข้าห้อง ดังนั้น ห้อง Ante Room จึงควรมีแรงดันสูงกว่าห้องพักผู้ป่วย แต่ต่ำกว่าภายนอกหรือทางเดิน

- **ห้องพักผู้ป่วย (Isolate Room)** คือ พื้นที่พักรักษาตัวของผู้ป่วย มีช่องเติมอากาศจากภายนอก (Fresh Air Unit 100%) และบริเวณหัวเตียงจะมีหน้าการระบายอากาศ (Exhaust Air Grille) ทำหน้าที่ดูดอากาศที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ผ่านการกรองอากาศด้วยแผ่นกรองอากาศขั้นต้น (Pre Filter) แผ่นกรองอากาศชั้นกลาง (Medium Filter) และแผ่นกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพสูง (Hepa Filter) ก่อนปล่อยออกสู่ภายนอกอาคาร

- **ห้องน้ำ (Restroom)** เป็นห้องน้ำในตัวสำหรับผู้ป่วย ควรมีแรงดันต่ำกว่าห้องพักผู้ป่วย เพื่อให้อากาศไหลจากห้องผู้ป่วยเข้าสู่ห้องน้ำ ผ่านการกรองอากาศด้วยแผ่นกรองอากาศขั้นต้น (Pre Filter) แผ่นกรองอากาศชั้นกลาง (Medium Filter) และแผ่นกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพสูง (HEPA Filter) ก่อนปล่อยออกสู่ภายนอกอาคาร



หมายเหตุ :

- การเดินท่อปล่อยอากาศที่มีเชื้อโรคปนออกนอกอาคาร ควรปล่อยให้สูงเหนือชั้นหลังคาอาคารไม่น้อยกว่า 3 เมตร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่บริเวณข้างเคียง
- องค์ประกอบอื่นๆ ด้านโครงสร้างอาคารรองรับผู้ป่วยจิตเวช (ดูหัวข้อ หอผู้ป่วยแยกเดี่ยว (Isolate Room) หน้าที่ 15)

ห้องสุขา (Restroom) / ห้องอาบน้ำผู้ป่วย (Bathroom)

- ห้องอาบน้ำและห้องสุขา ควรแยกออกจากกัน
- ห้องอาบน้ำและห้องสุขา ควรแยกชาย-หญิง ในกรณีที่พื้นที่ใช้สอยไม่เพียงพอ ห้องอาบน้ำชาย-หญิงสามารถใช้ร่วมกันได้ โดยใช้การบริหารจัดการเวลาตามความเหมาะสม
- รูปแบบสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ประกอบ ต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นเหตุให้ผู้ป่วยใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองได้ ดังนี้
 - อ่างล้างหน้าชนิดฝังใต้เคาน์เตอร์ พร้อมก๊อกเดี่ยว เปิด-ปิดด้วยระบบเซ็นเซอร์ฝังผนัง และลบเหลี่ยมมุมเคาน์เตอร์เพื่อไม่ก่อให้เกิดอันตราย
 - โถปัสสาวะหญิงชนิดตั้งพื้น พร้อมชุดแทงค์น้ำฝังผนัง ฟลัชวาล์วแบบปุ่มกดฝังผนังหรือระบบเซ็นเซอร์ฝังผนัง
 - โถปัสสาวะชาย ฟลัชวาล์วแบบปุ่มกดฝังผนังหรือระบบเซ็นเซอร์ฝังผนัง
 - ฝักบัวอาบน้ำ ครอบหน้ากักฝักบัว ออกแบบให้ไม่มีส่วนยื่น ปรับองศาครอบให้ใช้งานได้ดี ก๊อกเปิด-ปิดแบบก้านโยก โดยติดตั้งในระดับที่ไม่สูง ผู้ป่วยไม่สามารถแขวนคอ/ ทำร้ายตนเอง
 - กระจกส่องหน้า ไม่มีความจำเป็นต้องมีในห้องน้ำผู้ป่วย ถ้ากระจกแตกจะเกิดความคม ผู้ป่วยอาจนำมาใช้เป็นอาวุธได้ กรณีที่มีกระจกส่องหน้า ควรใช้ฟิล์มนิรภัยมาติดทับอีกชั้นหนึ่ง เพราะเมื่อกระจกแตก แผ่นกระจกจะถูกยึดด้วยฟิล์ม ไม่หลุดออกมา
 - ไม่ควรมีราวแขวนผ้า เนื่องจากผู้ป่วยอาจนำมาใช้ทำร้ายตนเอง ควรใช้ขอแขวนผ้าทดแทน โดยไม่ควรยึดให้แน่นมาก รับน้ำหนักได้ไม่เกิน 20 กิโลกรัม
 - ผนังกันห้องสุขาและห้องอาบน้ำแต่ละห้อง ควรเหลือช่องว่างด้านบนและด้านล่าง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถสังเกตความผิดปกติ และเข้าช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีฉุกเฉิน
 - ประตูห้องสุขาและห้องอาบน้ำแต่ละห้อง เป็นบานผลักออกภายนอก ทำจากวัสดุทนชื้น กันน้ำ สามารถล็อกได้ 2 ทาง เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่สามารถปลดล็อกจากด้านนอก เพื่อเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้
 - สิ่งของที่สามารถนำมาใช้เป็นอาวุธได้ ควรยึดกับพื้นหรือผนังให้มั่นคงแข็งแรง เช่น ที่ใส่กระดาษชำระ ถังขยะ เป็นต้น



พื้นที่สำหรับกิจกรรมนันทนาการหรือพักผ่อนหย่อนใจ (Recreational Activities Room)

- ควรมีพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมนันทนาการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและรู้สึกผ่อนคลาย
- มีสถานที่นั่งเล่นหรือพักผ่อนเวลากลางวัน ควรมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น โทรทัศน์ เครื่องเสียง ให้ความผ่อนคลาย เป็นต้น
- จัดให้อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ลับตาจากเจ้าหน้าที่ มีระบบความปลอดภัยเพิ่มเติม เช่น กล้องวงจรปิด CCTV และมีระบบสัญญาณขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น
- มีช่องหน้าต่างลูกฟูกกระจกลามิเนต รับแสงธรรมชาติส่องสว่างอย่างเพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายไม่อดอู้ โดยติดตั้งวัสดุที่มีความโปร่งแสงและมั่นคงแข็งแรง เช่น ตะแกรงเหล็กฉีก ที่บริเวณบานหน้าต่างด้านในอีก 1 ชั้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยกระแทกตัวหลุดออกจากอาคาร ป้องกันความเสียหายของกระจก และกันผู้ป่วยเข้าถึงส่วนยื่นของอุปกรณ์ประกอบหน้าต่าง เช่น มือจับกันโยกของหน้าต่างบานกระทุ้งระบายอากาศ เป็นต้น



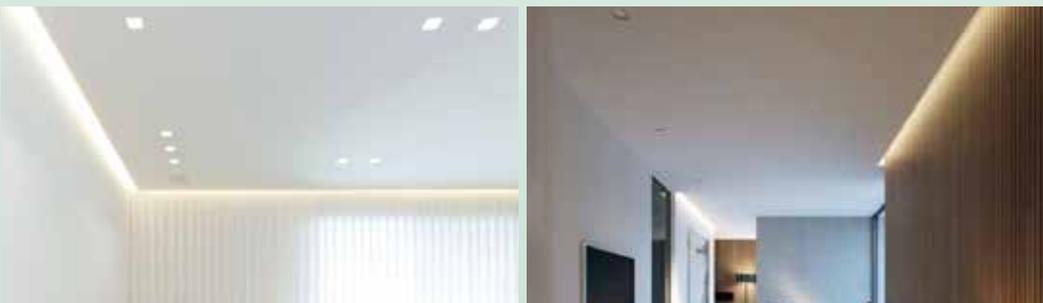
เฟอร์นิเจอร์ภายในหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด

เฟอร์นิเจอร์ส่วนใหญ่ควรเป็นประเภทบิวท์อิน (Built-in Furniture) เป็นเฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ติดตั้งอยู่กับที่ หรือฝังเข้าไปในผนังตามความต้องการของผู้ใช้ เฟอร์นิเจอร์ชนิดนี้ส่วนใหญ่จะยึดติดกับโครงสร้างอาคาร เคลื่อนย้ายได้ยาก ป้องกันผู้ป่วยใช้ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น และรูปแบบของเฟอร์นิเจอร์ควรลบเหลี่ยมมุม เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ



ระบบไฟฟ้าแสงสว่างและสื่อสาร (Lighting and Communication Systems)

- ระบบไฟฟ้าแสงสว่างที่มีความเหมาะสม ดังนี้
 - ไม่ควรมีเต้ารับไฟฟ้าและสวิตช์ไฟภายในพื้นที่ใช้สอยของผู้ป่วย ป้องกันผู้ป่วยช็อตร่างกายทำร้ายตนเอง
 - ควบคุมการเปิด-ปิดไฟฟ้า โดยเจ้าหน้าที่
 - ลักษณะดวงโคม ควรมีครอบดวงโคมฝังเรียบไปกับผนังหรือฝ้าเพดาน เพื่อป้องกันการเข้าถึงของผู้ป่วยใช้ช็อตร่างกายทำร้ายตนเอง
 - แสงสว่างจากดวงโคมควรเป็นแบบ Indirect Lighting คือ แสงจากดวงโคมที่ตกกระทบกำแพงหรือฝ้าเพดาน แล้วกระจายแสงไปรอบ ๆ บริเวณแสงจะมีความนุ่มนวล ไม่แยงตาบกวนผู้ป่วย และสามารถหรี่แสงหรือปรับลดความเข้มของแสงได้
- ระบบสื่อสารเพื่อการติดต่อสื่อสารและเพื่อความปลอดภัยระหว่างเจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ป่วย มีดังนี้
 - ระบบเรียกพยาบาล แบบสายพร้อมต่อสวิทช์กดเรียกบนด้ามจับขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน
 - ระบบเรียกพยาบาล 2-Way Communication สามารถสนทนาพูดคุยโต้ตอบได้ ติดตั้งที่หัวเตียงผู้ป่วยเพื่อลดการเผชิญระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่
 - ระบบเรียกพยาบาล แบบสวิทช์กดและดึงฉุกเฉิน สำหรับติดตั้งในห้องน้ำผู้ป่วย
 - ติดตั้งระบบกล้องวงจรปิด CCTV ให้ครอบคลุมทุกจุด และมีจอแสดงผลที่คาน์เตอร์พยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการผูกมัด





ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

- มีมาตรการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก เช่น การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุ หกล้ม ตกเตียง ทำร้ายผู้อื่น และการหลบหนี (S-A-F-E)
 - มีการติดตั้งกล้องโทรทัศน์วงจรปิดในจุดที่สำคัญ
 - มีลูกกรงหรือเหล็กดัดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตกของผู้ป่วย และป้องกันการหลบหนี
 - มีการเก็บวัสดุอุปกรณ์ในการทำหัตถการ หรือการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยในสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการนำมาเป็นอาวุธของผู้ป่วย
 - มีระบบรักษาความปลอดภัยที่ดี ทั้งความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น มีระบบสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยหรือพนักงานเปลาสามารถมาช่วยเหลือได้ทันที กรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการคลุ้มคลั่งหรือมีภาวะฉุกเฉิน
 - ควรมียุทธศาสตร์สัญญาณแจ้งเตือนภัย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ประสบเหตุสามารถเปิดเพื่อแจ้งให้คนอื่นๆ ทราบว่าขณะนี้เกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น และเกิดขึ้นในบริเวณใด
 - ควรมียุทธศาสตร์สัญญาณระบบภาพและเสียงเป็นสิ่งจำเป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่ควรติดตั้งไว้ที่ผนังเพิ่มจากระบบเตือนภัยแบบมือกดหรือมือดึงที่มีอยู่แล้ว
 - ระบบแจ้งเตือนต่างๆ ต้องเป็นที่รับรู้และเข้าใจของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (ทั้งเจ้าหน้าที่ปกติ และเจ้าหน้าที่พิเศษ เจ้าหน้าที่ของแผนกเองและเจ้าหน้าที่ภายนอก)
 - ต้องมีนโยบายและขั้นตอนวิธีการทำงานด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน
 - ต้องมีการทดสอบการทำงานของระบบอย่างสม่ำเสมอ



ระบบติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่

ต้องมีการกำหนดระบบติดต่อสื่อสาร ทั้งหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอกสถานพยาบาล เช่น อาจใช้วิทยุสื่อสารสองทาง (two way radio) หรือระบบการสื่อสารทางโทรศัพท์ระหว่างตึก เช่น ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นต้น

บทที่ 3

เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์

ครุภัณฑ์ เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นของหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ลำดับ	รายการ
1	เครื่องวัดสัญญาณชีพ(Vital Sign Monitor)/ เครื่องความดันปรอทแบบล้อเลื่อน(Sphygmometer)
2	เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
3	เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจเคลื่อนที่ (Ambulatory ECG monitoring)
4	เครื่องช่วยชีวิต/ เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator, AED)
5	รถเข็นการพยาบาล (Emergency cart) / CPR Box Set
6	ถังออกซิเจน 6 คิว พร้อมหัวเกจ
7	เครื่องดูดเสมหะ (Suction)
8	ผ้าผูกยึดผู้ป่วย
9	เก้าอี้สำหรับผูกยึดหรือจำกัดพฤติกรรม
10	เครื่องรักษาโดยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าพร้อมระบบติดตาม (Electroconvulsive Therapy: ECT with monitor) *
11	เครื่องดมยาสลบพร้อมเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องตรวจวัดคาร์บอนไดออกไซด์และยาดมสลบในลมหายใจออก สำหรับการผ่าตัดพื้นฐานที่จำเป็น (Anesthetic machine and ventilator with gas monitoring : Mandatory) **

หมายเหตุ

- * กรณีสถานพยาบาลมีการจัดบริการรักษาด้วยไฟฟ้า รูปแบบ modified ECT
- ** อาจใช้ร่วมกับแผนกอื่นได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
- สถานพยาบาลสามารถอ้างอิงราคากลางของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ตาม

"บัญชีรายการครุภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข"

บทที่ 4

บุคลากรและอัตรากำลังในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

บุคลากรปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ประกอบด้วย

1. ทีมบุคลากรหลักในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

- จิตแพทย์
- พยาบาลวิชาชีพ
 - พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด
 - พยาบาลวิชาชีพที่จบปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช/
 - พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม PG.สุขภาพจิตและจิตเวช/
 - พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม PG.สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/
 - พยาบาลที่ผ่านการอบรม PG.ยาเสพติด
- ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse)/ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Nurse Aid)

2. ทีมสหวิชาชีพ

- ทันตแพทย์ *
- วิศวกรแพทย์/ วิศวกรพยาบาล *
- พยาบาลชุมชน (COC)
- เกษัชกร
- นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยา
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักกิจกรรมบำบัด
- นักกายภาพบำบัด
- นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)/ ทีมห้องฉุกเฉิน/ ทีมส่วนหน้า
- โภชนากร
- นิติกร
- พนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.)

หมายเหตุ * ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมในการบำบัดรักษาและให้การพยาบาลกรณีสถานพยาบาลมีการจัดบริการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

องค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น

สำหรับทีมปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ทีมบุคลากรหลักในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ทีมปฏิบัติงาน	องค์ความรู้/ ทักษะที่จำเป็น
จิตแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในโรคทางจิตเวช - ความรู้และทักษะการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางกายเบื้องต้น หรือโรคที่เป็น Organicity - ความรู้เกี่ยวกับการจำกัดการเคลื่อนไหว Medical Restraint/ Physical Restraint/ Sedation - ความรู้ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน/ ระบาดวิทยา เพื่อการจัด Intervention ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอย่างกันทั่วทั้ง และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
พยาบาลวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้และทักษะตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด - มีความรู้และทักษะการประเมินภาวะทางกาย และการดูแลโรคร่วมทางกาย
ผู้ช่วยพยาบาล (PN)/ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (NA)	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เรื่องการประเมินและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด - ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย และการผูกมัด (Restraint) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง - ความรู้และทักษะการประเมินภาวะทางกายและการดูแลโรคร่วมทางกายเบื้องต้น

ทีมสหวิชาชีพ

ทีมปฏิบัติงาน	องค์ความรู้/ ทักษะที่จำเป็น
ทันตแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และทักษะในการประเมินสภาวะช่องปากของผู้ป่วยจิตเวชที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
วิสัญญีแพทย์/ วิสัญญีพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และทักษะเรื่องการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า - ทักษะการสัมภาษณ์เพื่อประเมินผู้ป่วยจิตเวชก่อนรับการดมยา
พยาบาลชุมชน (COC)	<ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้และทักษะเรื่องโรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น - มีความรู้เรื่อง พรบ.สุขภาพจิต 2551 (ฉบับแก้ไขปี 2562)

องค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น สำหรับทีมปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (ต่อ)

ทีมปฏิบัติงาน	องค์ความรู้/ ทักษะที่จำเป็น
เภสัชกร	- มีความรู้และทักษะตามมาตรฐานหลักสูตรการบริการเภสัชกรรมเฉพาะทางจิตเวช
นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยา	- ความรู้และทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก/ จิตวิทยา
นักสังคมสงเคราะห์	- มีความรู้และทักษะตามมาตรฐานทางสังคมสงเคราะห์จิตเวช - มีความรู้ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช
นักกิจกรรมบำบัด	- ความรู้และทักษะตามมาตรฐานนักกิจกรรมบำบัด
นักกายภาพบำบัด	- ความรู้และทักษะเรื่องโรคทางจิตเวชเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
พนักงานปฏิบัติการฉุกเฉิน ทางการแพทย์ (Paramedic)/ ทีมห้องฉุกเฉิน/ ทีมส่วนหน้า	- ความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด
โภชนากร	- ความรู้และทักษะเรื่องภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด - ความรู้และทักษะเรื่องภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกาย
นิติกร	- ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวชเบื้องต้น
พนักงานรักษา ความปลอดภัย (รปภ.)	- ความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด - ทักษะการจำกัดพฤติกรรม และการผูกมัด (Restraint) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง



โครงสร้างอัตรากำลังหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

วิชาชีพ	จำนวน 10 - 19 เตียง (Ward Size S)	จำนวน 20 - 25 เตียง (Ward Size M)	จำนวน 26 - 35 เตียง (Ward Size L)	หมายเหตุ
จิตแพทย์	อย่างน้อย 1-3 คน	อย่างน้อย 3 คน	อย่างน้อย 4 คน	อัตรากำลังดังกล่าว ครอบคลุมการดูแล ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
พยาบาลวิชาชีพ	อัตรากำลังหลัก: 7-8 คน อัตรากำลังเสริม:	อัตรากำลังหลัก: 10-15 คน อัตรากำลังเสริม:	อัตรากำลังหลัก: 13-16 คน อัตรากำลังเสริม:	- อัตรากำลัง สามารถปรับ เปลี่ยนได้ตาม บริบทของ โรงพยาบาล - พยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับ การส่งเสริมและ พัฒนาศักยภาพ ให้มีสมรรถนะ ตามที่กำหนด
ผู้ช่วยพยาบาล (PN)/ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (NA)	3-4 คน	4-5 คน	4-5 คน	
พนักงานประจำตึก	1-2 คน	1-2 คน	1-2 คน	

โครงสร้างอัตรากำลังข้างต้นใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยอ้างอิงตามอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ซึ่งได้มีข้อเสนออัตรากำลังพยาบาลของหอผู้ป่วยจิตเวช ใช้สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อผู้ป่วย 4 คน โดยจากโครงสร้างอัตรากำลังข้างต้น เป็นการคิดจากการปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก (4:2:2)

**แต่อย่างไรก็ดี การจัดอัตรากำลังควรคำนึงถึงสถานการณ์และบริบทของโรงพยาบาล
เป็นประเด็นสำคัญ**

บทที่ 5

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เน้นให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน ไม่เกิน 7-14 วัน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทั้งนี้หากให้การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือให้การดูแลภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายจนอาการคงที่ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate care) หรือการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (Long-term care)/ Re-habitation อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทางที่เป็นแม่ข่ายในเขตสุขภาพหรือส่งต่อเข้ารับการบำบัดในรูปแบบชุมชนบำบัด

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในหอผู้ป่วย (Patient Care Process)

กระบวนการดูแลผู้ป่วยถือว่าเป็นกระบวนการหลักของสถานบริการ ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ามารักษาจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในหอผู้ป่วยประกอบด้วย

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายในระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดย

1.1 การจัดบริการ (Service Arrangement)

(1) มีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด/ ผู้รับบริการและชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น

(2) มีการจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

1.2 การเข้าถึง (Access)

(1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตาม พรบ.สุขภาพจิต 2551 (ฉบับแก้ไขปี 2562)

(2) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากร ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม

(3) **เกณฑ์การรับผู้ป่วย** เพื่อไว้รักษาแบบผู้ป่วยในสำหรับหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยแบ่งผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

<p>1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness - Violence: SMI-V) - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (High Suicidal Risk) - ผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติด (Substance-induced psychosis) 	<p>2. ผู้ป่วยเร่งด่วน (Urgent)</p> <p>ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชและสารเสพติดที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม Psychotic disorder - ผู้ป่วยกลุ่ม Mood disorder
<p>3. ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน (Non-urgent)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกลุ่ม Substance used disorder - ผู้ป่วยกลุ่ม Poor Compliance 	

1.3 การเข้าถึงบริการ (Entry)

(1) การรับเข้าหรือย้ายหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

(2) การรับผู้ป่วยไว้ดูแล ต้องมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว โดยข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็น

- สภาพการเจ็บป่วย
- การดูแลที่จะได้รับ
- ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

เพื่อให้ผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ

(3) การพิจารณาตัดสินใจของผู้ป่วย/ ครอบครัวหากมีการปฏิเสธการรักษา (เว้นแต่กรณีบังคับรักษา)

(4) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะ

ให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม โดยบริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่

- คำยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- คำยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
- คำยินยอมให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการรักษาและกฎหมาย

(5) มีการจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างถูกต้องไปปฏิบัติทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา

2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

1. การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย

- ประวัติสุขภาพทั้งกายและจิต
- ประวัติการใช้สารเสพติดทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว
- การตรวจร่างกาย
- การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง
- การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

2. การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและบรรยากาศที่เพียงพอ มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและบรรยากาศที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่โรงพยาบาลกำหนด มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น

4. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา

การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพของหน่วยบริการและได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม โดยกรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดควรได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษที่จำเป็นในการวินิจฉัยโรคตามความเหมาะสม ได้แก่

1. ตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Blood Sugar, Electrolytes
2. ตรวจรังสีเอกซเรย์ (Chest X-Ray)
3. ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ กรณีสงสัยผู้ป่วยสารเสพติด
4. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก (psychological test)
5. ตรวจ CT Scan กรณีสงสัยมีพยาธิทางสมองร่วมด้วย
6. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
7. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ

การวินิจฉัยโรค

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลที่บันทึกเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย
2. มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
3. ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดได้รับการวินิจฉัยโรคติดสารเสพติด
4. มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
5. มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. การวางแผน (Planning)

3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดย

1. การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนกและหน่วยบริการต่างๆ
2. แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากประเมิน และการตรวจวินิจฉัย
3. มีการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป
4. มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา

6. แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว) และบริการที่จะให้

7. มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของ ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

8. มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดย

1. มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้สำหรับโรคที่กำหนดไว้ในข้อ 1.2 ทุกโรคสำหรับการวางแผนจำหน่าย

2. มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เป็น Individual Discharge Plan ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา

3. แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4. มีการประเมินและระบุปัญหา/ ความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล

5. มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง

6. มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วย และข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การดูแลผู้ป่วย

การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

1. มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน

2. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ ความเครียด/ เสียง/ สิ่งรบกวนต่างๆ

3. มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ

4. มีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

5. มีการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

6. มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

7. จัดช่องทางการเข้าถึง อำนวยความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวช

8. ติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่ระบุไว้ทั้งหมด ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยในกลุ่ม Emergency ทั้งหมด เด็กอายุ 0-5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สีกตัว

การดูแล/ บริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาที่หลับลึก การช่วยฟื้นคืนชีพ และการดูแล/ บริการในภาวะฉุกเฉิน

หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

1. ต้องได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง คือ การรักษาด้วยไฟฟ้า ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น
3. มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่
4. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่ในการประเมินผู้ป่วย มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น
6. มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

การฟื้นฟูสภาพ

1. มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละราย
2. การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟูระดับ หรือดำรงไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/ Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ ครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล โดย

1. มีการประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินครอบครัว ปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยจาก (3.การวางแผน และ 4.การดูแลผู้ป่วย) และขีดความสามารถของผู้ป่วย/ ครอบครัว
2. มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลที่จำเป็น ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาพที่ดี จัดกิจกรรมเหมาะสมกับปัญหาทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ เข้าใจง่าย มีการประเมินการรับรู้ความเข้าใจและความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้ออกไปปฏิบัติ

3. ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4. ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

6. ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ ครอบครัว

6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนปลอดภัย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V), ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก

1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปเพื่ออยู่ในการดูแลของหน่วยงานรัฐ เช่น กรมราชทัณฑ์, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.), สถานสงเคราะห์, กระทรวงยุติธรรม, สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1.3 กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับสูง
ทั้งนี้ โรงพยาบาลควรจัดทำแนวทางการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าวข้างต้นให้มีความชัดเจน

2. การดูแลขณะส่งต่อควรดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่ออย่างเหมาะสม ตามชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

4. หน่วยงานสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

5. มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองแบบแผน. (2558). คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อม หอผู้ป่วยใน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองแบบแผน. (2564). รูปภาพจากการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลมหารมย์ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองแบบแผน. (2564). รูปภาพจากการศึกษาดูงาน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ วันที่ 1 มีนาคม 2564.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เกวลิน ชื่นเจริญ และ คณะ. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรทิพย์ วชิรดิตร และ คณะ. (16, กันยายน, 2563). การติดตามประเมินผลการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. ใน ธงชัย เลิศวิโรธิตนพงศ์ (ประธาน). วาระที่ 3 รายงานสืบเนื่อง ผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด ครั้งที่2/2563, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข.
- พิชญ์สินี จงยั้งยั้งวงศ์ และ ไตรวัฒน์ วิริยะศิริ. (2562, กรกฎาคม-ธันวาคม). ลักษณะทางกายภาพของที่ทำงานพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยใน [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารวิชาการสถาปัตยกรรมศาสตร์, 2562 (69), 91-106.
- รายงานการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. <https://hdcservice.moph.go.th>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- สถาปนิกอาสาและวิศวกรใจดี. (2562). แนวคิดในการพัฒนากายภาพโรงพยาบาล ร่างครั้งที่ -5 (อ่านว่า ลบห้า). บานาน่า ปรี้นท์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. สำนักพิมพ์เดอะ กราฟิกส์ ซีเอสเอ็มเอส.
- อิสสิพร เมฆสภาพรกุล. (2549). ประสบการณ์การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต], จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CU.the.2006.740
- World Health Organization. (2007). The Optimal Mix of Services for Mental Health. https://who.int/mental_health/policy/service/en/index.html
- World Health Organization. (2018). Mental health atlas 2017. <https://who.int/publications/item/mental-health-atlas-2017>

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบพัฒนาพื้นที่ใช้สอยหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ภาคผนวกที่ 2 พื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ภาคผนวกที่ 3 สื่อ/ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง



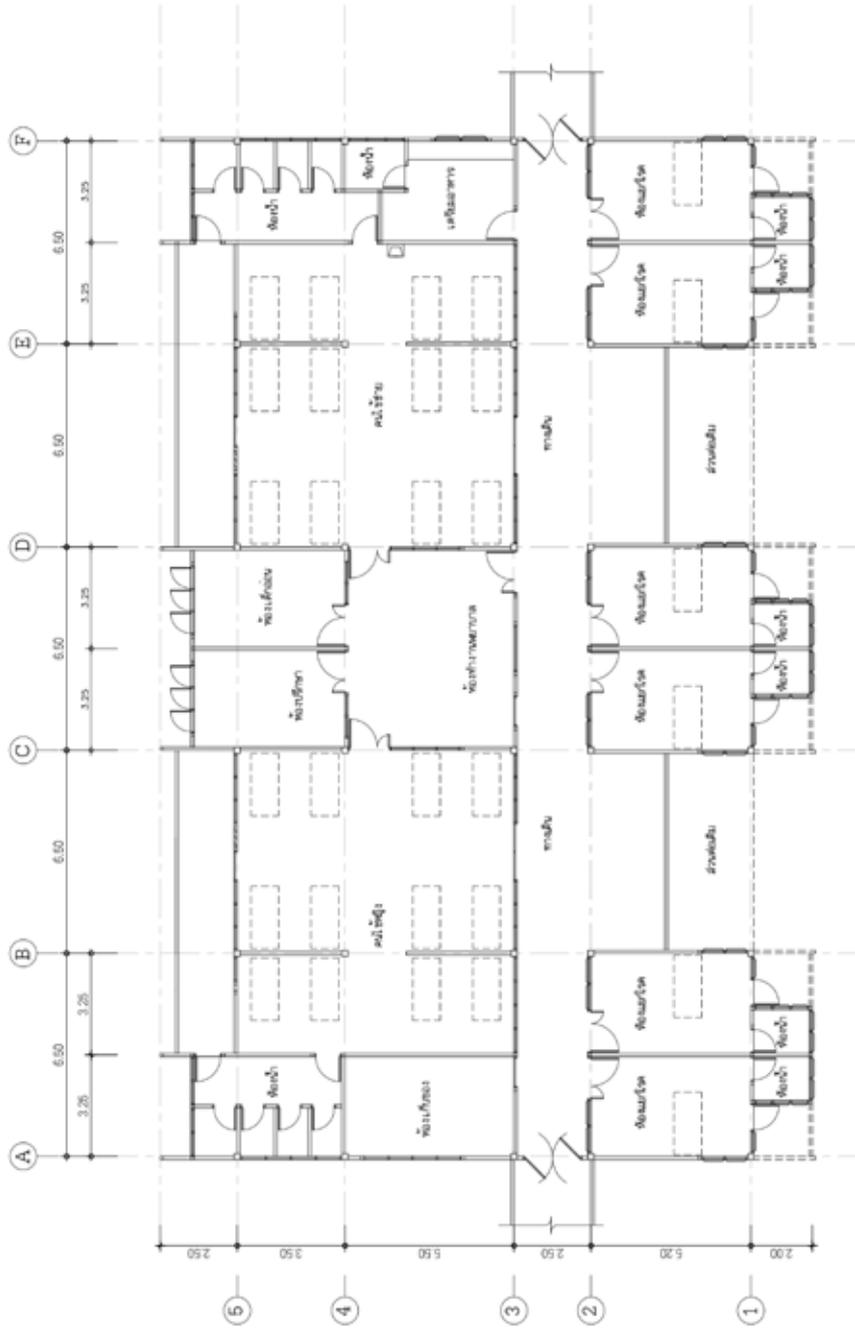
ภาคผนวกที่ 1

แบบพัฒนาพื้นที่ใช้สอยหอผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด

กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบพัฒนาพื้นที่ใช้สอยเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยเป็นการปรับปรุงหอพักผู้ป่วยสามัญ ตามแบบอาคารของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 3 รูปแบบ ดังนี้

- 1. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 10-19 เตียง** (Ward Size S) สามารถเลือกใช้อาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง)
- 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 20-25 เตียง** (Ward Size M) สามารถเลือกใช้อาคารหอผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง) หรืออาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แบบเลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง)
- 3. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 26-35 เตียง** (Ward Size L) สามารถเลือกใช้อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แบบเลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง) หรืออาคารผู้ป่วยใน 114 เตียง แบบเลขที่ 8605 (หรือใกล้เคียง) หรืออาคารผู้ป่วยใน 120 เตียง แบบเลขที่ 9128 (หรือใกล้เคียง) หรืออาคารผู้ป่วยใน 144 เตียง แบบเลขที่ 9073 (หรือใกล้เคียง) หรืออาคารผู้ป่วยใน 156 เตียง แบบเลขที่ 9045 (หรือใกล้เคียง)

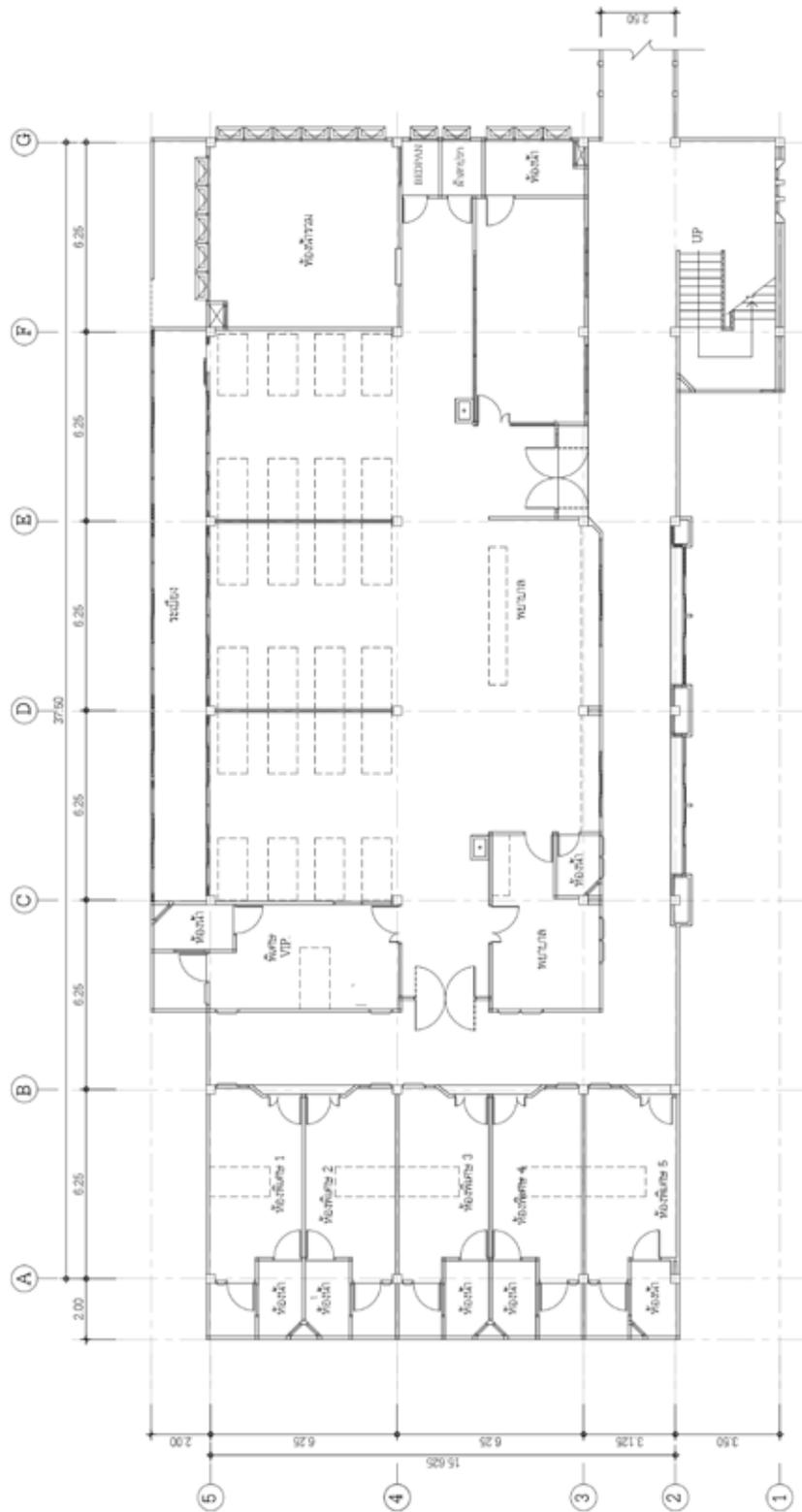
ทั้งนี้ สถานพยาบาลสามารถเลือกใช้แบบอาคารผู้ป่วยในได้ตามบริบทและนโยบายของสถานพยาบาล



แปลนพื้น (ตามแบบเดิม)

(อาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง แบบเลขที่ 273 หรือแบบใกล้เคียง)

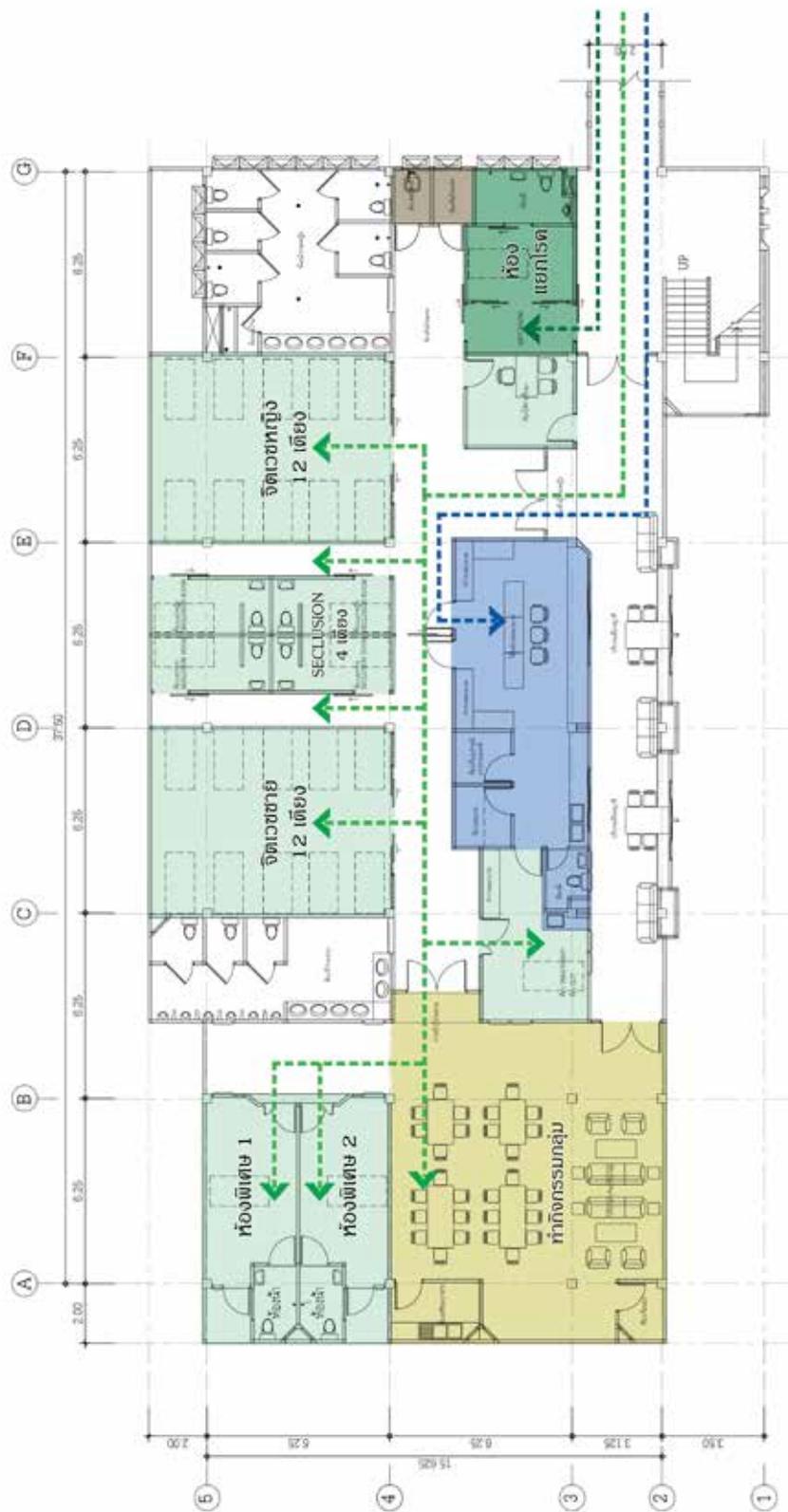
แบบเดิม หอผู้ป่วยสามัญ 30 เตียง 1 ชั้น แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง)



แปลนพื้น (ตามแบบเดิม)

(อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แบบเลขที่ 7919 หรือแบบใกล้เคียง)

แบบเดิม หอผู้ป่วยสามัญ 60 เตียง 2 ชั้น แบบเลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง)



หออผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

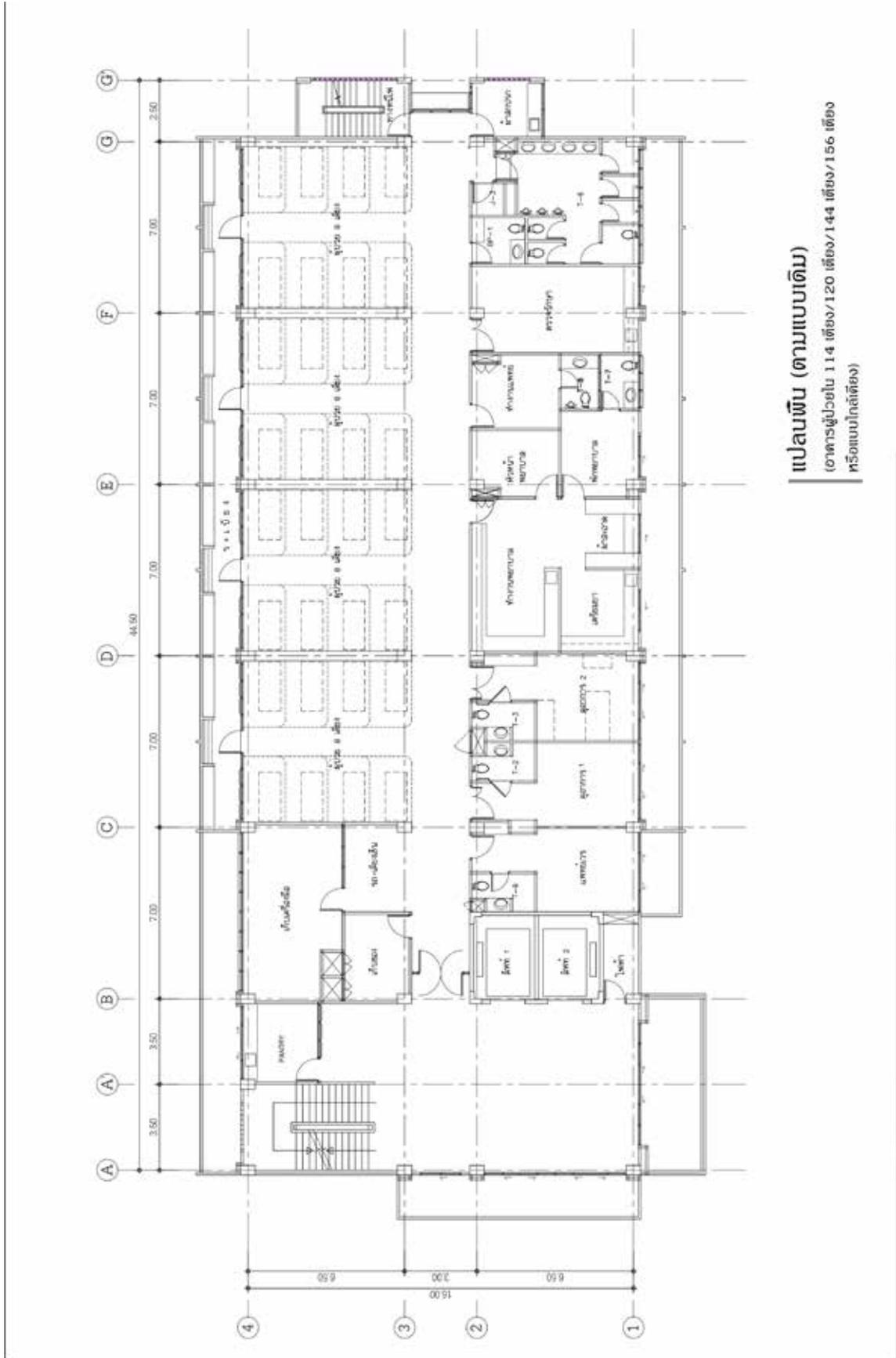
สามัญ 20 เตียง / พิเศษ 2 เตียง
 Seclusion 4 เตียง / แยกโรค 1 เตียง
 รวม 27 เตียง

SIZE S-M
 20-25 เตียง

แปลนพื้น (พัฒนาพื้นที่ใช้สอย)

(ปรับปรุงอาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง แผนเลขที่ 7919 หรือแบบใกล้เคียง)

หออผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 20-25 เตียง (Ward Size M)

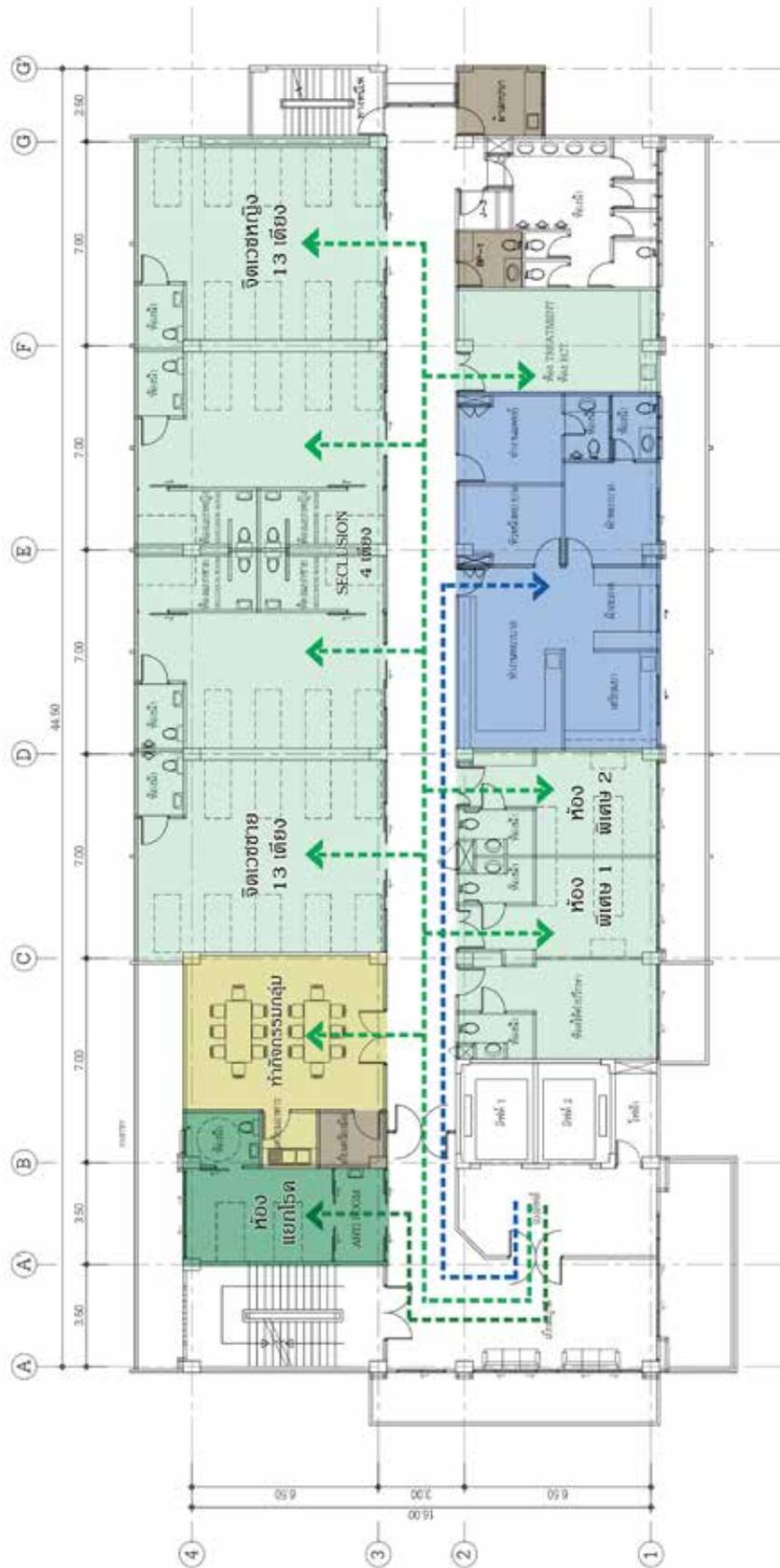


แปลนพื้น (ตามแบบเดิม)

(อาคารผู้ป่วยใน 114 เตียง/120 เตียง/144 เตียง/156 เตียง หรือแบบใกล้เคียง)

แบบเดิม หอผู้ป่วยสามัญ 114 เตียง แบบเลขที่ 8605 (หรือใกล้เคียง)

เอกสารเลขที่ ก.69/พ.ด./64



SIZE M-L
หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

26-35 เตียง
Samguk 26 เตียง / พิเศษ 2 เตียง
Seclusion 4 เตียง / แยกโรค 2 เตียง
รวม 34 เตียง

แปลนพื้น (พัฒนาพื้นที่ใช้สอย)

(ปรับปรุงอาคารผู้ป่วยใน 114 เตียง/120 เตียง/144 เตียง/156 เตียง
หรือแบบใกล้เคียง)

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ขนาด 26-35 เตียง (Ward Size M-L)

เอกสารรายการพัฒนาพื้นที่ใช้สอยหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

อาคารผู้ป่วยใน 30 เตียง
แบบเลขที่ 2731 (หรือใกล้เคียง)

อาคารผู้ป่วยใน 60 เตียง
แบบเลขที่ 7919 (หรือใกล้เคียง)

อาคารผู้ป่วยใน 114 เตียง/ 120 เตียง/ 144 เตียง/ 156 เตียง
แบบเลขที่ 8605/ 9128/ 9073/ 9045 (หรือใกล้เคียง)



<https://moph.cc/kod1lwoHH>

ทั้งนี้ สถานพยาบาลสามารถประสานเกี่ยวกับรายละเอียดเอกสารรายการพัฒนาพื้นที่ใช้สอยหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ที่ กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาคผนวกที่ 2

พื้นที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

พื้นที่ให้บริการบำบัดรักษาและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สามารถจำแนกได้เป็น 3 ส่วนหลัก ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 พื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ส่วนที่ 2 พื้นที่ปฏิบัติงานหลักของแผนกโดยผู้ให้บริการและ/ หรือเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 3 พื้นที่สนับสนุนการให้บริการและการปฏิบัติงาน

โดยพื้นที่แต่ละส่วนมีรายละเอียดของรายการและจำนวนครุภัณฑ์/ อุปกรณ์ที่จำเป็น ประโยชน์ใช้สอย และข้อควรระวังสำหรับแต่ละพื้นที่ในการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย/ ทั้งนี้สถานพยาบาลที่จะขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี งบลงทุน รายการครุภัณฑ์ สามารถอ้างอิงราคากลาง ณ ปีปัจจุบัน ตาม **"บัญชีรายการครุภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข"** ในการจัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปี และแผนเงินบำรุงของหน่วยงาน

ส่วนที่ 1 พื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วยและญาติ

พื้นที่ใช้สอย	ครุภัณฑ์/ อุปกรณ์ ที่จำเป็น	จำนวน (แบ่งตามขนาด Ward)			ประโยชน์ใช้สอย	หมายเหตุ
		S	M	L		
1.1 พักรอ (ญาติรอ)	- โต๊ะ - เก้าอี้	1 4	1 6	1 8	ใช้สำหรับญาตินั่งพักรอ ระหว่างรอการเข้าเยี่ยม ผู้ป่วย	เข้าถึงได้สะดวก จากเส้นทางเดินหลัก ของหน่วยงาน
1.2 ห้องเอนก ประสงค์สำหรับญาติ/ ผู้ป่วย (ญาติเยี่ยม)	- โต๊ะ - เก้าอี้	1 4	1 4	1 4	ใช้สำหรับเป็นบริเวณ ให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย	- เป็นห้องที่มีปลอดภัย - ไม่ลับสายตา สามารถ มองเห็นได้จากคาน้ำเตอร์ พยาบาล หรือมีกล้อง โทรทัศน์วงจรปิด - พ้นจากการได้ยินของ บุคคลอื่น (ลับหู แต่ไม่ลับตา)
1.3 ห้องให้คำปรึกษา ผู้ป่วย/ ญาติ	- โต๊ะ - เก้าอี้	1 3	1 3	1 3	ใช้สำหรับแพทย์/ ทีมสหวิชาชีพพูดคุย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ ญาติ	- เข้าถึงได้สะดวกจากพื้นที่ พักรอ และคาน้ำเตอร์ พยาบาล - มีระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิด - มีสัญญาณขอความช่วยเหลือ เมื่อจำเป็น
1.4 ห้องนอนผู้ป่วยสามัญ	- เตียงผู้ป่วย - เก้าอี้สำหรับ ผูกยึด หรือจำกัด พฤติกรรม	10 - 19 2 ตัว	20 - 25 3-4 ตัว	26 - 35 4-5 ตัว	ใช้เตรียม/ ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดรักษา ตลอดจน ติดตามอาการจนกว่าผู้ป่วย จะมีอาการดีขึ้น สามารถ จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้	- การจัดบริเวณเตียงนอน มีระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1 เมตร หรือสามารถเข้าช่วยชีวิต ผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน - ไม่ตากแต่งห้องด้วยของที่อาจ กลายเป็นอุปกรณ์ในการ คิดฆ่าตัวตาย - มีระบบกล้องโทรทัศน์ วงจรปิดในจุดที่สำคัญ - ประตูห้องพักผู้ป่วย ควร เป็นกุญแจแบบ Master key ที่สามารถใช้ร่วมกันได้ใน กรณีฉุกเฉิน
1.5 ห้องพิเศษ (ขึ้นอยู่กับ ความเหมาะสม และความต้องการ ของ รพ.)	- เตียงผู้ป่วย/ห้อง - โซฟาที่สามารถ ปรับนอนได้	1 1	1 1	1 1	ใช้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดรักษา ตลอดจน ติดตามอาการจนกว่า ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น สามารถจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้	- ไม่ตากแต่งห้องด้วยของที่อาจ กลายเป็นอุปกรณ์ในการ คิดฆ่าตัวตาย - มีระบบกล้องโทรทัศน์ วงจรปิดในจุดที่สำคัญ - ประตูห้องพักควรเปิดออก ด้านนอกและมีช่องมองเพื่อ ให้เจ้าหน้าที่มองเห็นผู้ป่วยได้
1.6 ห้องพักแยก สังเกตอาการ (Seclusion room)	- เตียงผู้ป่วย/ห้อง	1	1	1	ใช้เตรียม/ ดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด หรือสำหรับ สังเกตอาการผู้ป่วย โดยจัดเป็นห้องแยก เฉพาะราย	- เข้าถึงได้สะดวกจากเส้นทาง สัญจรหลักของแผนก และบริเวณคาน้ำเตอร์พยาบาล - สามารถมองเห็นได้จาก คาน้ำเตอร์พยาบาล

พื้นที่ใช้สอย	ครุภัณฑ์/ อุปกรณ์ ที่จำเป็น	จำนวน (แบ่งตามขนาด Ward)			ประโยชน์ใช้สอย	หมายเหตุ
		S	M	L		
1.7 ห้องสุชา/ อาบน้ำผู้ป่วย	ครุภัณฑ์ที่จำเป็น				ใช้ทำกิจกรรมส่วนตัวและ/ หรือใช้ชำระล้างส่วนต่างๆ ของร่างกาย	- ห้องอาบน้ำและห้องสุชาควร แยกจากกัน - มีที่ปิดกันเป็นสัดส่วน เพื่อป้องกันการเปิดเผย - เจ้าหน้าที่สามารถเปิดประตู จากภายนอกได้ - ผนังและกำแพงกันต้องมี ระยะห่างจากฝ้าเพดาน กว้างพอที่เจ้าหน้าที่จะสังเกต ความผิดปกติ ความเสี่ยงต่อ อันตรายและสามารถเข้าไป ช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีฉุกเฉิน
1.8 ห้องทำกิจกรรมกลุ่ม/ นันทนาการ	- โต๊ะ - เก้าอี้ - ชุดเครื่องเสียง - ชุดคอมพิวเตอร์ พร้อมเครื่องฉาย โปรเจกเตอร์ - ตู้เก็บอุปกรณ์ สำหรับทำกลุ่ม	1 10 1 1 1	1 10 1 1 1	1 10 1 1 1	ใช้ทำกิจกรรมบำบัด กิจกรรมนันทนาการ หรือเป็นบริเวณสำหรับ ทำกิจกรรมของผู้ป่วย	- มีระบบกล้องโทรทัศน์วงจรปิด - มีสัญญาณขอความช่วยเหลือ เมื่อจำเป็น
1.9 บริเวณนอนกประสงค์ (รับประทานอาหาร- เครื่องดื่มน พักผ่อนระหว่างวัน)	- โต๊ะ - เก้าอี้ - TV - ตู้น้ำดื่ม	1-2 20 1 1	2-3 25 1 1	3-4 35 1 1	ใช้เป็นพื้นที่สำหรับผู้ป่วย ในการรับประทานอาหาร เครื่องดื่มน และ/ หรือพักผ่อน ระหว่างวัน	
1.10 ห้องให้การรักษา ด้วยไฟฟ้า (ECT) <i>**กรณีมีบริการ รักษาด้วยไฟฟ้า</i>	- เตียงผู้ป่วย - ตู้เก็บอุปกรณ์ การแพทย์ - อุปกรณ์ทาง การแพทย์ (อยู่ในหมวด อุปกรณ์ทาง การแพทย์ที่จำเป็น)	1 1	1 1	1 1	ใช้สำหรับให้บริการรักษา ด้วยไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วย ตามแผนการรักษา	
1.11 ห้องแยกโรค (Negative pressure room)	- เตียงผู้ป่วย/ห้อง	1	1	1	ใช้สำหรับให้บริการผู้ป่วยที่มี การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	

ส่วนที่ 2: พื้นที่ปฏิบัติงานหลักของแผนกโดยผู้ให้บริการและ/ หรือเจ้าหน้าที่

พื้นที่ใช้สอย	ครุภัณฑ์/ อุปกรณ์ ที่จำเป็น	จำนวน (แบ่งตามขนาด Ward)			ประโยชน์ใช้สอย	หมายเหตุ
		S	M	L		
2.1 เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station)	<ul style="list-style-type: none"> - โต๊ะ/ เคาน์เตอร์ - เก้าอี้ - ตู้เก็บเอกสาร - ชั้น/ ตู้เก็บวัสดุสำนักงาน - อ่างล้างมือ - ชุดคอมพิวเตอร์ - จอมอนิเตอร์ กล้องวงจรปิด - เครื่องดูเงิน - โทรศัพท์ไร้สาย 	2 10 2 2 1 3 1 1 1	2 10 2 2 1 3 1 1 1	2 10 2 2 1 3 1 1 1	ใช้สำหรับพยาบาลนั่งทำงาน เอกสาร และฝ้าระวัง/ ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็น ต้องได้รับช่วยเหลือจากพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทุกห้อง - มีทางเข้า-ออก 2 ทาง เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน - มีสัญญาณขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น
2.2 ห้องเตรียมการพยาบาล (Treatment room)	<ul style="list-style-type: none"> - ตู้เก็บอุปกรณ์ทั่วไป - ตู้เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ - ตู้เก็บยาผู้ป่วย - ตู้ยีนเก็บยา - รถเข็นฉีดยา - รถเข็นทำแผล - รถ emergency - อ่างล้างมือ - เครื่องชั่งน้ำหนัก - เครื่องวัด Vital sign - เกียงยะ - ชุดผ้าผูกยึดผู้ป่วย 	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 4 10 - 19 ชุด	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 4 20 - 25 ชุด	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 4 26 - 35 ชุด	ใช้สำหรับพยาบาลเตรียมยา/ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับใช้ดูแล/ รักษาผู้ป่วย	
2.3 ห้องประชุมเล็ก (สำหรับการเรียน การสอน Case conference)	<ul style="list-style-type: none"> - โต๊ะ - เก้าอี้ - ชุดคอมพิวเตอร์ และเครื่องฉาย โปรเจกเตอร์ - กระดาน White board - ตู้เอกสาร 	1 10 1 1 1	1 10 1 1 1	1 10 1 1 1	ใช้สำหรับการประชุม การเรียนการสอน และการทำ Case conference	
2.4 ห้องหัวหน้าหอผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - โต๊ะ - เก้าอี้ - ชุดคอมพิวเตอร์ - ตู้เอกสาร - โทรศัพท์ไร้สาย 	1 2 1 2 1	1 2 1 2 1	1 2 1 2 1	ใช้สำหรับหัวหน้าแผนก ทำงานด้านบริหารจัดการ	

ส่วนที่ 3: พื้นที่สนับสนุนการให้บริการและการปฏิบัติงาน

พื้นที่ใช้สอย	ครุภัณฑ์/ อุปกรณ์ ที่จำเป็น	จำนวน (แบ่งตามขนาด Ward)			ประโยชน์ใช้สอย	หมายเหตุ
		S	M	L		
3.1 ห้องเก็บผ้าสะอาด	- ชั้น/ ตู้เก็บของ ผู้ป่วย - ตู้เก็บเสื้อผ้า สะอาด	1 1	1 1	1 1	ใช้เก็บสำรองผ้าชนิดต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในแผนก ที่ผ่านกระบวนการทำความสะอาด สะอาดให้ปราศจากเชื้อแล้ว และพร้อมที่จะนำไปใช้งาน	
3.2 ห้องเอนกประสงค์/ พักเจ้าหน้าที่	- โต๊ะ - เก้าอี้ - ตู้เย็น - ตู้เก็บของ - ล็อคเกอร์ส่วนตัว - อ่างล้างมือ/ ล้างจาน - ไมโครเวฟ - โซฟา - ตู้ทำน้ำร้อน/เย็น	1 5 1 1 1 1 1 1 1	1 5 1 1 1 1 1 1 1	1 5 1 1 1 1 1 1 1	ใช้ประชุมหารืออย่างไม่เป็น ทางการระหว่างเจ้าหน้าที่ ภายในแผนก หรือใช้รับประทานอาหาร ระหว่างเวลา ปฏิบัติงาน หรือใช้รับประทานอาหาร กลางวันระหว่างเวลา พักเที่ยง	
3.3 ห้องพักแพทย์เวร	- เตียงนอน - โต๊ะ - เก้าอี้ - ตู้เย็น - ไมโครเวฟ - โทรศัพท์	1 1 2 1 1 1	1 1 2 1 1 1	1 1 2 1 1 1	ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งต้องอยู่ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (เวรป่วยเด็ก) หรือเจ้าหน้าที่ซึ่ง ต้องอยู่ปฏิบัติงานต่อเนื่องได้ พักนอนก่อนหรือหลังจากการ ปฏิบัติภารกิจ เสรีและไม่สะดวก ที่จะเดินทางกลับที่พักอาศัย	
3.4 ห้องเท-ล้าง-ตาก หม้อนอน/ กระบอกปัสสาวะ	- อ่างซักล้าง (สะอาด/ สกปรก) - ชั้นเก็บหม้อนอน/ กระบอกปัสสาวะ				ใช้เพื่อล้าง/ปัสสาวะของผู้ป่วย จากการใช้หม้อนอนและ กระบอกปัสสาวะบนเตียงผู้ป่วย	ควรจัดบริเวณอยู่ใกล้กับห้องน้ำ
3.5 จุดซักผ้าเปื้อน/ ชยะ	- ถังผ้าเปื้อน	2	2	2	ใช้ซักผ้าเปื้อนและของสกปรก ระหว่างรอการนำไปทำความสะอาด และฆ่าเชื้อหรือนำไปกำจัดตาม ขั้นตอน	
3.6 สุขาผู้ให้บริการ/ เจ้าหน้าที่	ตามแปลนครุภัณฑ์				ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่/ ผู้ให้บริการ ทำกิจวัตรส่วนตัวและ/หรือชำระล้าง ร่างกาย	อาจจัดให้อยู่พื้นที่ส่วนกลาง ของอาคาร (ใช้ร่วมกับแผนกอื่น)
3.7 ซักล้าง-ตาก- เก็บอุปกรณ์ ทำความสะอาดอาคาร	- อ่างซักล้าง - ชั้นเก็บของ	1 2	1 2	1 2	ใช้สำหรับซักล้างอุปกรณ์ ทำความสะอาดอาคาร และใช้เก็บ อุปกรณ์/เครื่องมือทำความสะอาด อาคารชนิดต่างๆ รวมทั้งน้ำยา ทำความสะอาด	อาจจัดให้อยู่พื้นที่ส่วนกลาง ของอาคาร (ใช้ร่วมกับแผนกอื่น)

ภาคผนวกที่ 3

สื่อ/ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

บัญชีรายการครุภัณฑ์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



<https://moph.cc/kod1lwoHH>

ชุดความรู้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย
วิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด



<https://moph.cc/kod1lwoHH>

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
(ฉบับแพทย์)



<https://moph.cc/J-KsqDXSk>

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
(ฉบับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข)



<https://moph.cc/f5QeALdoe>

ภาพพลิกโปรแกรมลดช่องว่าง
การบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย



<https://moph.cc/KWM00meZP>

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด
ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



<https://moph.cc/AeV9cojBW>

สื่อ/ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
(Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข
(ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้



<https://moph.cc/nasgq4E1o>

แนวทางการพัฒนาคุณภาพ
ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชนและ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



<https://moph.cc/x8L2OhwxP>

การอบรมระบบออนไลน์ e-Learning



<https://moph.cc/N58F69yaN>

รายนามคณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมพัฒนา และคณะทำงาน

คณะที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

แพทย์หญิงพรรณพิมล	วิบุลากร	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์สมชัย	ศิริทองถาวร	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

คณะผู้เชี่ยวชาญ

ทันตแพทย์หญิงภารณี	ชาลาสุณี	โรงพยาบาลสวนปรุง
นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
แพทย์หญิงเนตรนภา	ภมระราภา	โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นายบัณฑิต	วิบูลย์วัฒน์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รายนามผู้ร่วมพัฒนา

ระยะที่ 1 วันที่ 2 เมษายน 2564 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร และ

ระยะที่ 2 วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ณ ห้องประชุม Conference ชั้น 2 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต

แพทย์หญิงพีชนิวรรณ	อินดีะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
นางสาวธนิภานต์	เชื่อนดิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลน่าน
แพทย์หญิงสุกัญญา	รักษ์จกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธชินราช
นายแพทย์วทิส	ประทุมศรี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
นางสาวอารีรัช	จำนงค์ผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชลบุรี
นางสาวสุดาดวง	พัฒนสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
แพทย์หญิงจุฬารัตน์	โนนคูขตโขง	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสกลนคร
นางยุพิน	แก้วนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสกลนคร
แพทย์หญิงวันวิ	พิมพ์รัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นางอภิสิทธิ์กษณ	ไชยพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นางสาวสุขวัญ	อ่อนนวล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นายแพทย์พฤทธิ	ทองเพ็งจันทร์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลท่าศาลา
นางศุภกนิษฐ์	พลไพรัตน์	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์	ตรีสุวรรณวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	สถาบันกัลยาธนาครินทร์
นางวยุณี	ช้างมิ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันกัลยาธนาครินทร์
นางกัญริศนา	รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กองบริหารการสาธารณสุข
นางอัจฉรา	วิไลสกุลยง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กองบริหารการสาธารณสุข
นางสาวนวรรณ	น้อยเกษม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองบริหารการสาธารณสุข
นางสาวกนกทิพย์	พัฒมผล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองบริหารการสาธารณสุข

นายแพทย์ชลอวัฒน์	อินปา	นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	
นางกษมา	ประโชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	
นางระเบียบ	โตแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	
นายบัณฑิต	วิบูลวัฒน์	สถาปนิกชำนาญการพิเศษ กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นายสุธีพร	ปรีชา	สถาปนิกชำนาญการ กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นางสาวทัศนภรณ์	ศรีอภิวัฒน์	สถาปนิกปฏิบัติการ กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นายสละ	กสิวัตร	วิศวกรไฟฟ้าชำนาญการพิเศษ กองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นายกิตติรักษ์	ชูกำลัง	วิศวกรเครื่องกลชำนาญการ กองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นายตะวัน	ลั่นทองพูล	วิศวกรรมการแพทย์ กองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
นางสาวแจ่มจิตต์	นิศามณีนพงษ์	เภสัชกรชำนาญการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กองสถานพยาบาลและประกอบโรคศิลป์
นางพองพรรณ	คำน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นายธนส์กัวิษฐ์	รัตนวรรณ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นางสาวประไพ	แขกเต้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นางสาวพัชรี	วัฒนาเมธี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
นายประดิษฐ์	ชัยชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสวนปรุง
นางระวีวรรณ	เต็มวานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวนุชนาถ	เมฆสีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
นายอชฌา	หรั่งลอย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นางจินนทนา	เนตรศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นางศิริภรณ์	ชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นางสาวทัศนีย์	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นางจารุณี	คำชมก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นายแพทย์กฤติน	ศรีตั้งนันท	นายแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสาวภัทริศา	บัวจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางนริฐปภัตร์	นาคะวีโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์



ระยะที่ 3 วันที่ 18 มิถุนายน 2564 ณ ห้องประชุมปัญญา - สติ อาคาร 4 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต

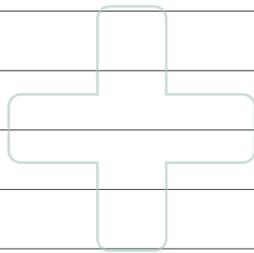
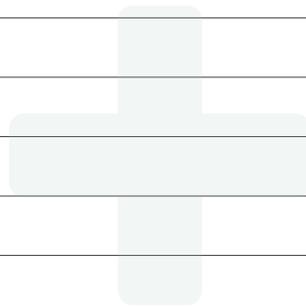
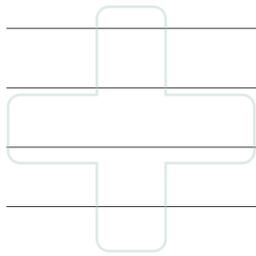
แพทย์หญิงทิวารรรณ	ปิยกุลมาลา	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ดุสิต	ลิขนะพิชิตกุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต
นายแพทย์วิญญู	ชนะกุล	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นายแพทย์อังกูร	ภัทรากร	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายสรรเสริญ	นามพรหม	ผู้อำนวยการกองทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ดำรงค์	เวอาลี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยะลา
นายแพทย์ชลอวิวัฒน์	อินปา	นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
นางศุภมาศ	บำรุงรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง
นางกษมา	ประไชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
นางระเบียบ	โตแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางทัศนีย์	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

คณะทำงานกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

นางสาวอุษา	ลุ่มข้าว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นายวีร์	เมฆวิสัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
นางสาวชลลดา	จารุศิริชัยกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางพัทธนันท์	สอนวงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
นางสาวณิชาภา	รัตนจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวประภัสสร	เตี้ยเย็น	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวกศศรัณภรณ์	ฉัตรวิริยโสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางณัฐณี	พลถาวร	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
ว่าที่ร้อยเอกกฤตเมธ	ตุ้มฉาย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ
นางสาวเปมิกา	ติงสมบัติยุทธ	นักจัดการงานทั่วไป
นายไชยพงศ์	พิพัฒประภานนท์	นักจัดการงานทั่วไป
นางสาวกรรณทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป

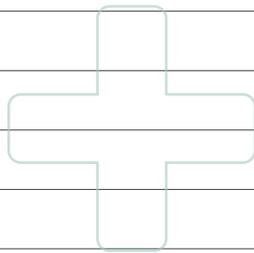
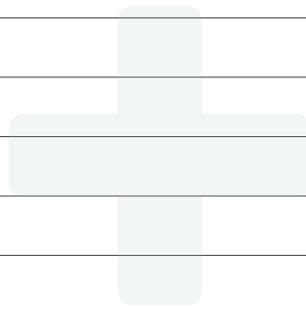
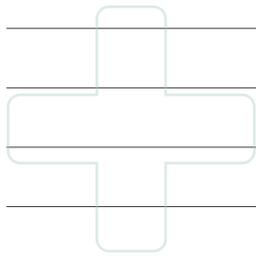


Blank lined writing area consisting of 15 horizontal lines.





Blank lined writing area with 15 horizontal lines.





กรมสุขภาพจิต
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

อาคาร 2 ชั้น 4
กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี
11000

โทร. 0-2590-8092
โทรสาร. 0-2149-5533

www.mhso.dmh.go.th

สามารถดาวน์โหลดได้ที่

