

แนวทาง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care)

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2)

ฉบับทดลองใช้



กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แนวทาง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care)

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2)

ฉบับทดลองใช้

- ชื่อหนังสือ : แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care)
สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้
- ISBN : 978-974-296-887-8
- บรรณาธิการ : นางสาวลักษณีย์ สุวรรณไมตรี
นางสาวอุษา ลิ้มชีวี
นางสาวชวีภรณ์ เสียงล้ำ
- จัดทำโดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
- พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2561 จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม
- พิมพ์ครั้งที่ 2 : กันยายน 2563 จำนวนพิมพ์ : 1,600 เล่ม
- พิมพ์ที่ : บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของญาติ/ครอบครัวและชุมชนในการดูแลช่วยเหลือได้ ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยเริ่มจากการสังเกตและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การประสานบุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อสม. แกนนำชุมชน มูลนิธิ กู้ชีพ อบต. อปท. การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ เป็นต้น เพื่อนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากชุมชนมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมทั้งการส่งต่อหน่วยบริการจิตเวชเพื่อการดูแลช่วยเหลือทางจิตเวชเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ญาติ/ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งชุมชนและสังคม

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินนี้ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรง และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ได้

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญผังไหล	ง
สารบัญภาพ	ง
บทนำ	จ
บทที่ 1 ความรู้เรื่องจิตเวชฉุกเฉิน	1
พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)	1
พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)	2
บทที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	5
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน	7
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)	9
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)/คลินิกจิตเวช	11
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/หอผู้ป่วยจิตเวช)	13
แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง	15
แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช	17
บทที่ 3 การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	19
หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	19
การตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	19
การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	
1. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)	22
2. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)	25
3. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium)	27
4. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & Substance Intoxication and Withdrawal)	28
- การดูแลผู้ป่วยภาวะ Alcohol Intoxication	28
- การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า (Amphetamine Intoxication)	30
การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	38
ภาคผนวก	
ผนวก ก ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช	43
ผนวก ข อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction)	49
ผนวก ค แบบสังเกต/ แบบประเมิน/ แบบส่งตัวผู้ป่วย/ แบบตอบกลับ	51
ผนวก ง แนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล	59
ผนวก จ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551	63
รายนามคณะที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมพัฒนา และคณะทำงาน	67

สารบัญฟังไหล

	หน้า
ฟังไหลที่ 1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน	6
ฟังไหลที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)	8
ฟังไหลที่ 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)/คลินิกจิตเวช	10
ฟังไหลที่ 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/หอผู้ป่วยจิตเวช)	12
ฟังไหลที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง	14
ฟังไหลที่ 6 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช	16

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	5
ภาพที่ 2 ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน	34
ภาพที่ 3 แผนกฉุกเฉิน	34
ภาพที่ 4 ผ้าผูกยึด	35
ภาพที่ 5 เสื้อผูกยึดลำตัว	35
ภาพที่ 6 เก้าอี้ผูกยึด	36
ภาพที่ 7 วิธีการจับลือคอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	37

บทนำ

สถานการณ์จิตเวชฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการและความชุกโรคทางจิตเวช ดังนี้ โรคจิตเภท เข้าถึงบริการ ร้อยละ 72.21 (ความชุก ร้อยละ 0.8 : กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 54.8 (ความชุก ร้อยละ 2.7 : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราเข้าถึงบริการ ร้อยละ 3.2 (ความชุก ร้อยละ 12.4) ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติดเข้าถึงบริการ ร้อยละ 8.4 (ความชุก ร้อยละ 1.4) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงมากพบว่า เข้าถึงบริการ ร้อยละ 19 (เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, 2556) และจากข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559 โดยใน พ.ศ.2555 จำนวน 11,266 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 14,223 ราย ใน พ.ศ.2559 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย กลุ่มวัยทำงานอายุ 23 - 59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 22 ปี เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบมากกว่าร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ พบมากในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 20.3) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 16.7) เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 13.1) และเขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2560)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชยังเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัย บำบัด/ รักษาได้น้อย และมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้นเกินความสามารถของญาติ ครอบครัว/ ชุมชนในการควบคุม ดูแลช่วยเหลือและจัดการ จึงต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สูงมากขึ้น ประกอบกับขาดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคจิตเวชบางกลุ่ม เช่น โรคจิตเภท โรคนิโคโพลาร์ ฯลฯ มีลักษณะเรื้อรังต้องรับประทุกันอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งพบบ่อยว่าผู้ป่วยมักจะไม่รับประทุกันยา หรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด หรือมีปัจจัยเสี่ยงจากการใช้สุรา ยา/ สารเสพติด และได้รับความกดดันจากครอบครัว/ สิ่งแวดล้อม จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง มีอาการรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว/ ญาติ ชุมชนและสังคม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบครบวงจร เหมือนกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก 2) การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องที่สถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยในและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี 1 แนวทาง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี แต่อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวยังไม่ได้กล่าวถึงเครือข่ายภายนอกกรมสุขภาพจิตมากนัก ยังไม่ได้พูดถึงการแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษา รวมทั้งการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนและประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างเครือข่ายงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ตำรวจ อบต./ อปท. แกนนำชุมชน/ อสม. บุคลากรสาธารณสุข หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อ

ปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินมีหลายประการ ปัญหาสำคัญที่พบในชั้นการนำส่งคือ ตำรวจไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ชั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มีการย้ายงานหรือบุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ชั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีที่รองรับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการดำเนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัญหาที่สำคัญอีกเรื่องคือ ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ นอกจากนั้นมี 4-5 ใน 10 คนที่คิดว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ตีตราบาป ทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ครอบคลุม อาการแสดงมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป การเฝ้าระวัง สังเกตหรือค้นปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ครอบครัว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) / แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชน ญาติหรือผู้ป่วย จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าใจปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหา รวมทั้งอาการผิดปกติ โดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม



แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care)

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้

บทที่ 1

ความรู้เรื่องจิตเวชฉุกเฉิน

จิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ อาการดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย โดยการประเมินอาการ/พฤติกรรมและวางแผนดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้จิตเวชฉุกเฉินแบ่งตามพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมี 2 ลักษณะ คือ

- 1) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)
- 2) พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)

หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้ โดยพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้น มักจะมีองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) พฤติกรรมขู่ฆ่าตัวตาย (suicide threats) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide)

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลให้ตนเองเสียชีวิตด้วยฝีมือตนเอง
ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีความคิดและมีการวางแผนการกระทำร่วมด้วย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตแต่ไม่สำเร็จ

การทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ให้เสียชีวิต

แสรังกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองที่ไม่รุนแรงไม่ตั้งใจจะทำให้เสียชีวิต อาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อและต้องการความช่วยเหลือ

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed suicide) หมายถึง ผู้กระทำมีความคิดตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองและกระทำสำเร็จ

พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำพูด การกระทำหรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง และผู้อื่น

สาเหตุ คือ

1. โรคทางจิตเวช

- 1.1 โรคจิตเภท (schizophrenia) จะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินเสียงขู่จะทำร้าย สั่งให้ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย ทำให้เกิดความกลัวอย่างมาก และพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายเหล่านั้น จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรง
- 1.2 โรคจิตเวชอื่นๆ (other psychiatric disorders) ได้แก่ โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder), โรคอารมณ์สองขั้วแมนี (bipolar mania), psychotic depression, บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders), โรคแพนิค (panic disorder), โรควิตกกังวล (another severe anxiety disorders), post-traumatic stress disorder

2. โรคทางกาย

- 2.1 โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง (organic brain syndrome) เช่น ลมชัก เนื้องอก ฝีในสมอง สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น
- 2.2 ภาวะผิดปกติจากการใช้สุรา ยา/ สารเสพติด โดยเฉพาะในระยะหยุด/ ถอน (withdrawal) ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ลุกโล่ ลุกกลน และเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้
- 2.3 ความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (metabolic imbalance) ระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล (endocrine imbalance) และโรคทางกายอื่นๆ เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ ภาวะขาดออกซิเจนจากโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

3. การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม

- 3.1 การใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงความก้าวร้าวอยู่เป็นประจำ เช่น บิดามารดาทะเลาะวิวาท ใช้กำลัง ใช้อาวุธทำร้ายกันและกัน เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าการใช้ความรุนแรงเป็นกลไกหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 3.2 ความเชื่อและค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม: อยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่มีความเชื่อและค่านิยมว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของคนที่มีความกล้าและเป็นหนทางที่ได้มาซึ่งพลังอำนาจ โดยเฉพาะผู้ชายจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังกำลังมากกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้ชายมีการแสดงความก้าวร้าวรุนแรงได้มากกว่าผู้หญิง
- 3.3 ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม: อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันในลักษณะต่างๆ เช่น ความยากจน ขาดแคลนอาหาร ไม่มีงานทำ ขาดโอกาสทางการศึกษา มีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง เป็นต้น จะทำให้ต้องดิ้นรน ต้อสู้ เพื่อการดำรงชีวิตและเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

พฤติกรรมรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

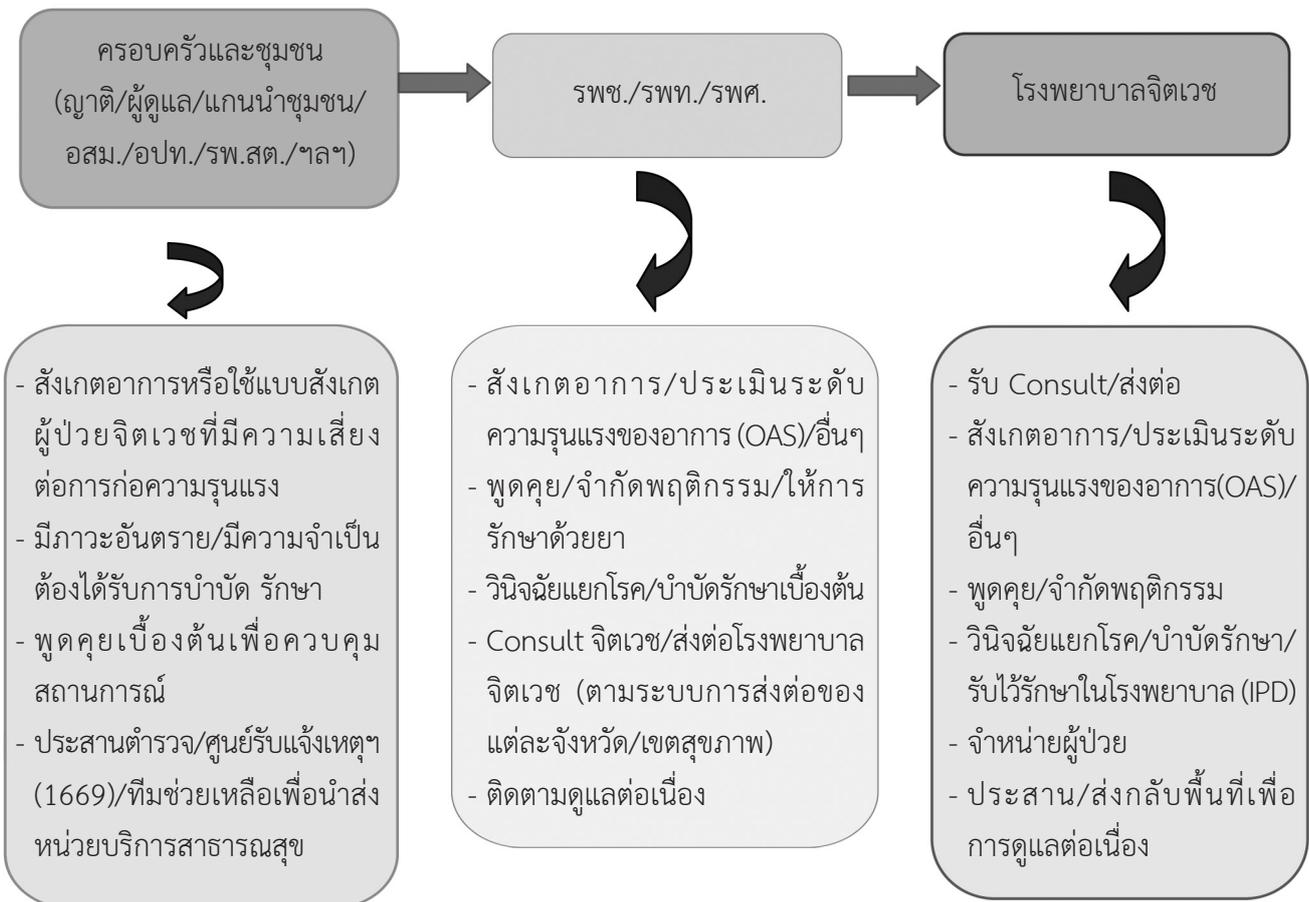
1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด เป็นลักษณะคำพูดที่บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น ตะโกนส่งเสียงดังด้วยความโกรธ ด่าว่าด้วยคำหยาบคาย สาปแช่งอย่างรุนแรง ตะโกนว่ากล่าวดูถูก วิพากษ์วิจารณ์ ชูตะคอกผู้อื่นอย่างรุนแรง พูดด้วยน้ำเสียงห้วนๆ กระแทกกระทั้น ข่มขู่คุกคาม เป็นต้น
2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง เช่น ชกตี หยิก ข่วน ดึงผม ใช้ศีรษะโขกพื้นผนัง ใช้กำปั้นชกกำแพง กรีดข้อมือ/ แขน กินยาเกินขนาด เป็นต้น
3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น เช่น ชกต่อย ตบตี ใช้อาวุธ/ อุปกรณ์ต่างๆ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น โดยทำให้เกิดรอยช้ำ บวม ฟกช้ำ กระจกหัก มีบาดแผล เป็นต้น
4. พฤติกรรมรุนแรงด้านสิ่งของ/ ทรัพย์สิน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ทุบทำลาย/ ขว้างปาข้าวของเครื่องใช้ เผาบ้าน เป็นต้น

พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพซึ่งมักเป็นบุคคลแรก ที่เข้าไปประเมินและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะ และทำงานร่วมกันเป็นทีมด้วยความรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยและผู้อื่นได้

หมายเหตุ : สำหรับภาวะจิตเวชฉุกเฉินมีวิธีการประเมินอาการซึ่งสามารถศึกษาได้จาก *ผนวก ก ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และบทที่ 3 การประเมินและการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน*

บทที่ 2

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน



ภาพที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

ผู้รับผิดชอบ

ญาติ/ผู้ดูแล/
แกนนำชุมชน/อสม./
อปท./รพ.สต./
ผู้เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยเสี่ยง/มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ฆ่าตัวตาย

- Criteria
- มีอาวุธ
 - มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
(เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน
หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น
ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)

เครื่องมือ/อุปกรณ์

- แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง/แบบประเมินอื่นๆ

ญาติ/ผู้ดูแล/แกนนำ
ชุมชน/อสม./อปท./
ตร./รพ.สต./
ทีมช่วยเหลือ/
ผู้เกี่ยวข้อง

จัดการได้หรือไม่

ได้

ญาติ/ผู้ดูแล/ผู้เกี่ยวข้อง นำส่ง

ไม่ได้

ประสาน รพ.สต./แกนนำชุมชน/
อสม./อปท./1669/ตำรวจ ฯลฯ
นำส่ง

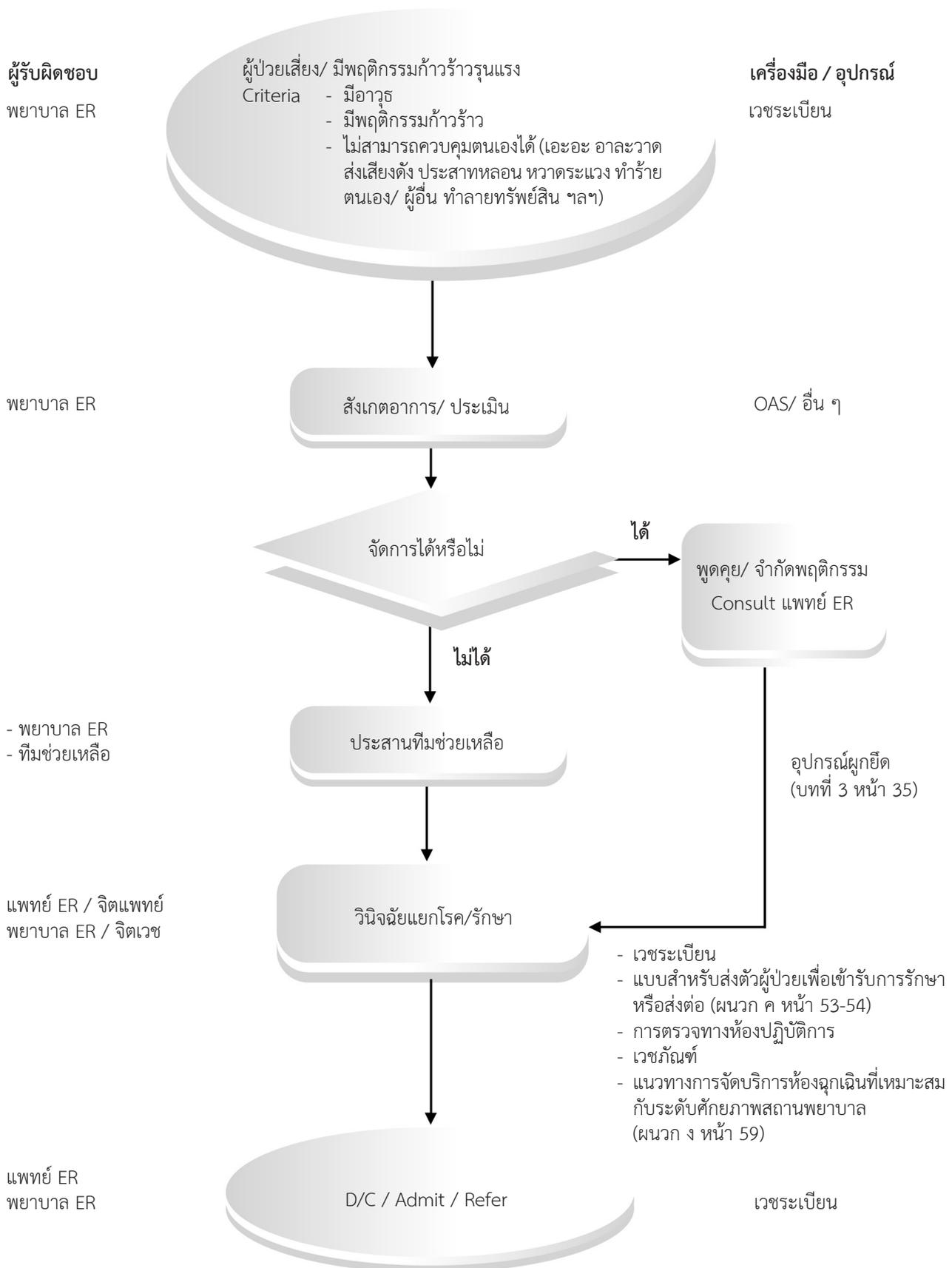
แผนกฉุกเฉิน (ER)/ แผนกผู้ป่วยนอก/
แผนกจิตเวช ของหน่วยบริการสาธารณสุข

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน

1. ญาติ/ผู้ดูแล/แกนนำชุมชน/อปท./รพ.สต./อสม./ผู้เกี่ยวข้อง สังเกตผู้ป่วยมีความเสี่ยง/มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ฆ่าตัวตาย เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ) หรือใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (ผนวก ค หน้า 51)

ผลการประเมิน มีดังนี้

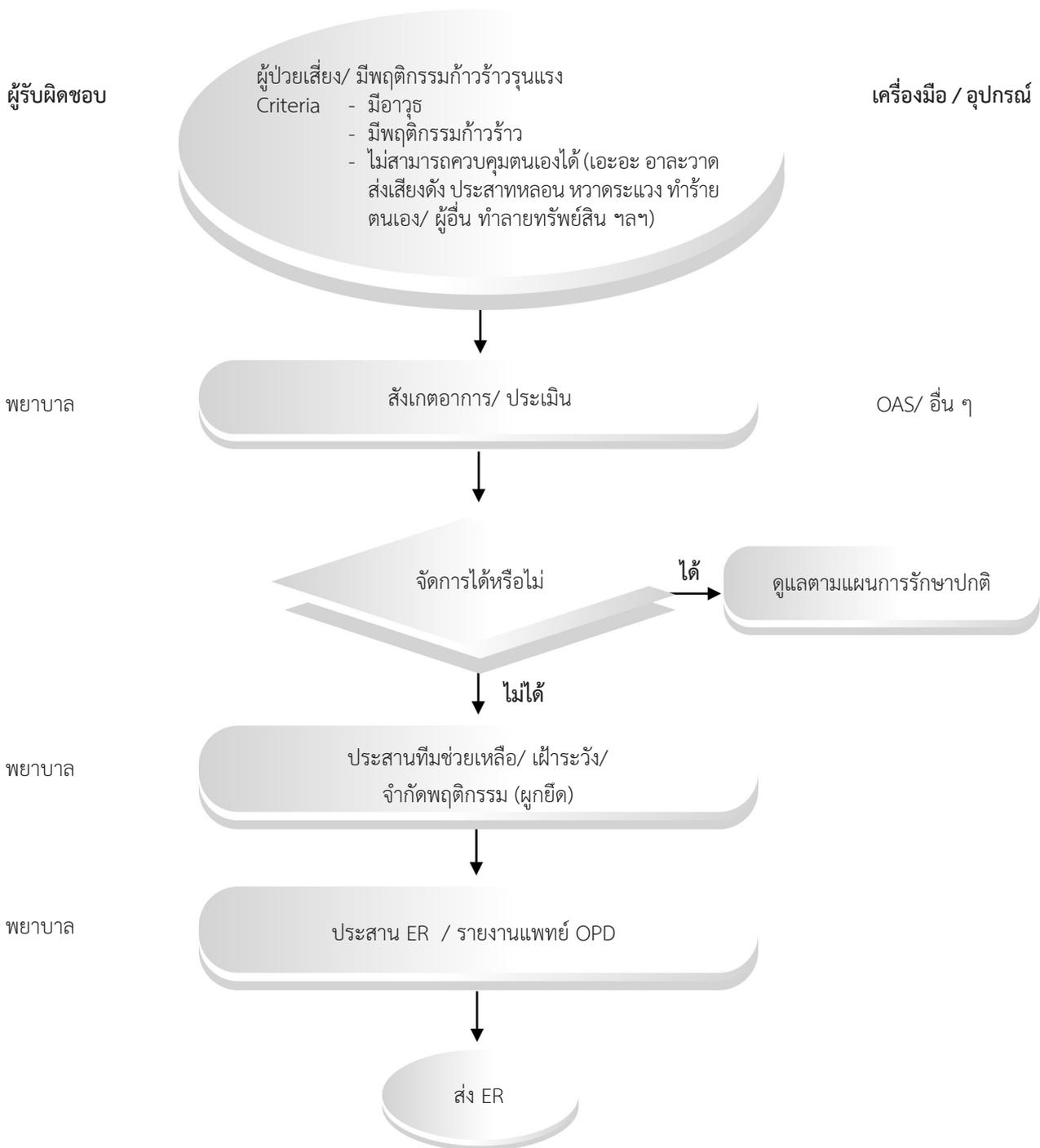
- มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป
2. ถ้าอาการไม่รุนแรง ญาติ/ผู้ดูแลสามารถจัดการได้ นำผู้ป่วยส่งหน่วยบริการสาธารณสุข (แผนกฉุกเฉิน (ER)/แผนกจิตเวช)
 3. ถ้าอาการรุนแรง ญาติ/ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ประสานแกนนำชุมชน/อสม./อปท./ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ 1669/ ตำรวจ/ อื่นๆ นำส่งหน่วยบริการสาธารณสุข (แผนกฉุกเฉิน (ER)/ แผนกจิตเวช)



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)

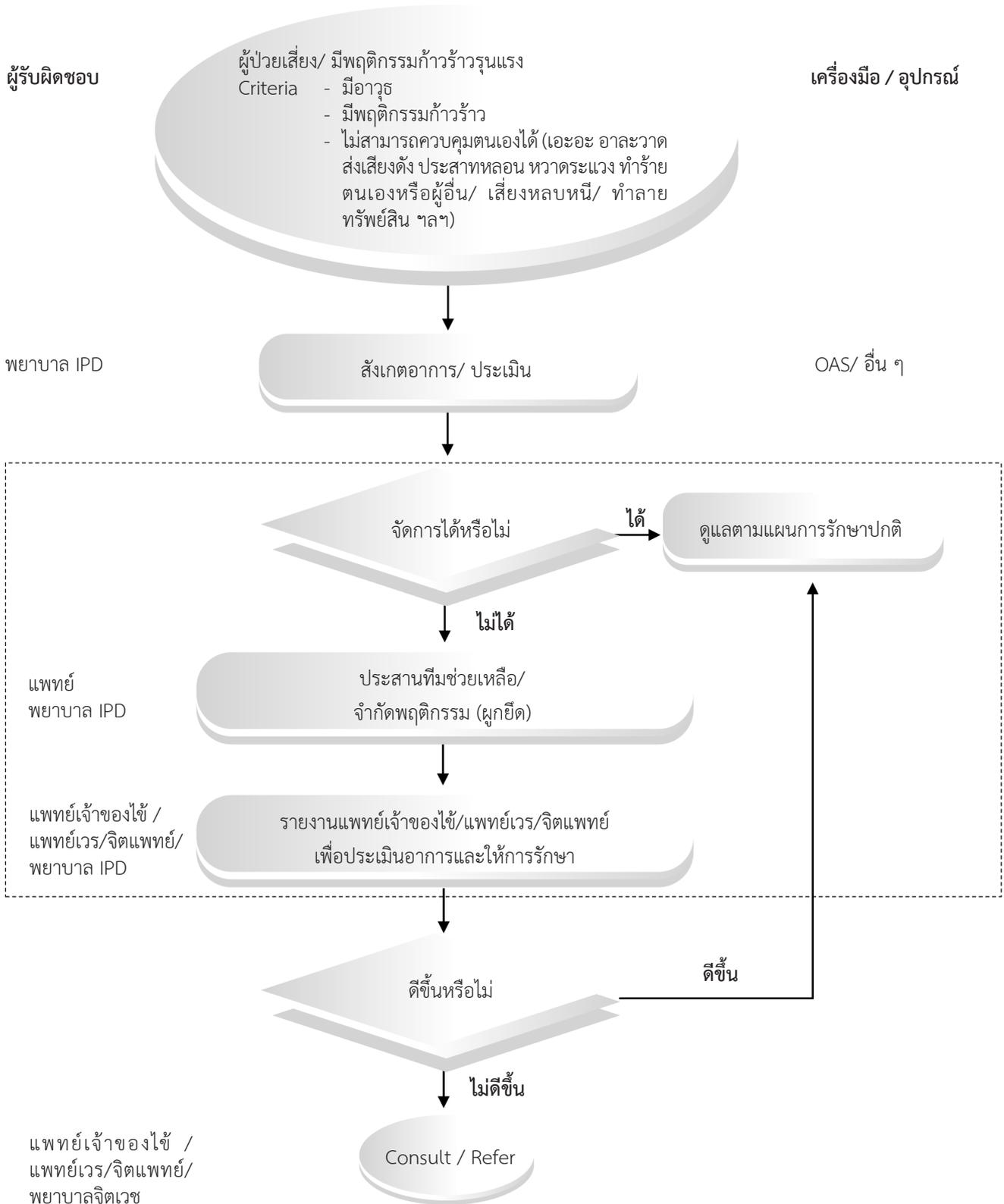
1. ผู้ป่วยเสี่ยง/ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่งมาที่แผนกฉุกเฉินด้วยพฤติกรรมดังนี้ มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (อะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)
2. พยาบาล ER ประเมินสถานการณ์และอาการความรุนแรง โดยการสังเกตหรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้
 - คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
 - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
 - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก ($OAS \geq 2$) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล ER ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์แปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง (ผังไหลที่ 5 หน้า 14)
4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย ($OAS \leq 1$) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล ER สามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น
5. พยาบาล ER ปรีกษาแพทย์ ER เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น หรือปรึกษาจิตแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา
6. การวินิจฉัยแยกโรคโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Electrolyte, BUN, Creatinine ถ้ามีประวัติติ่มสุราตรวจ LFT และอื่นๆตามแพทย์สั่ง ถ้าสงสัยการใช้สารเสพติดให้ส่งตรวจ Urine for substance และอื่นๆ ตามแพทย์สั่งและให้การรักษา
7. ประเมินอาการหลังให้การรักษา
 - ถ้าอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แพทย์พิจารณารักษาแบบผู้ป่วยนอกและนัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช
 - ถ้าจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการ แพทย์พิจารณา Admit พยาบาล ER ทำการ Admit ผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยใน
 - ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของหน่วยงาน แพทย์พิจารณาส่งต่อตามระบบการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ

หมายเหตุ: *กรณีจิตเวชฉุกเฉินเรื่องพฤติกรรมฆ่าตัวตาย* ให้ใช้แนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2555 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



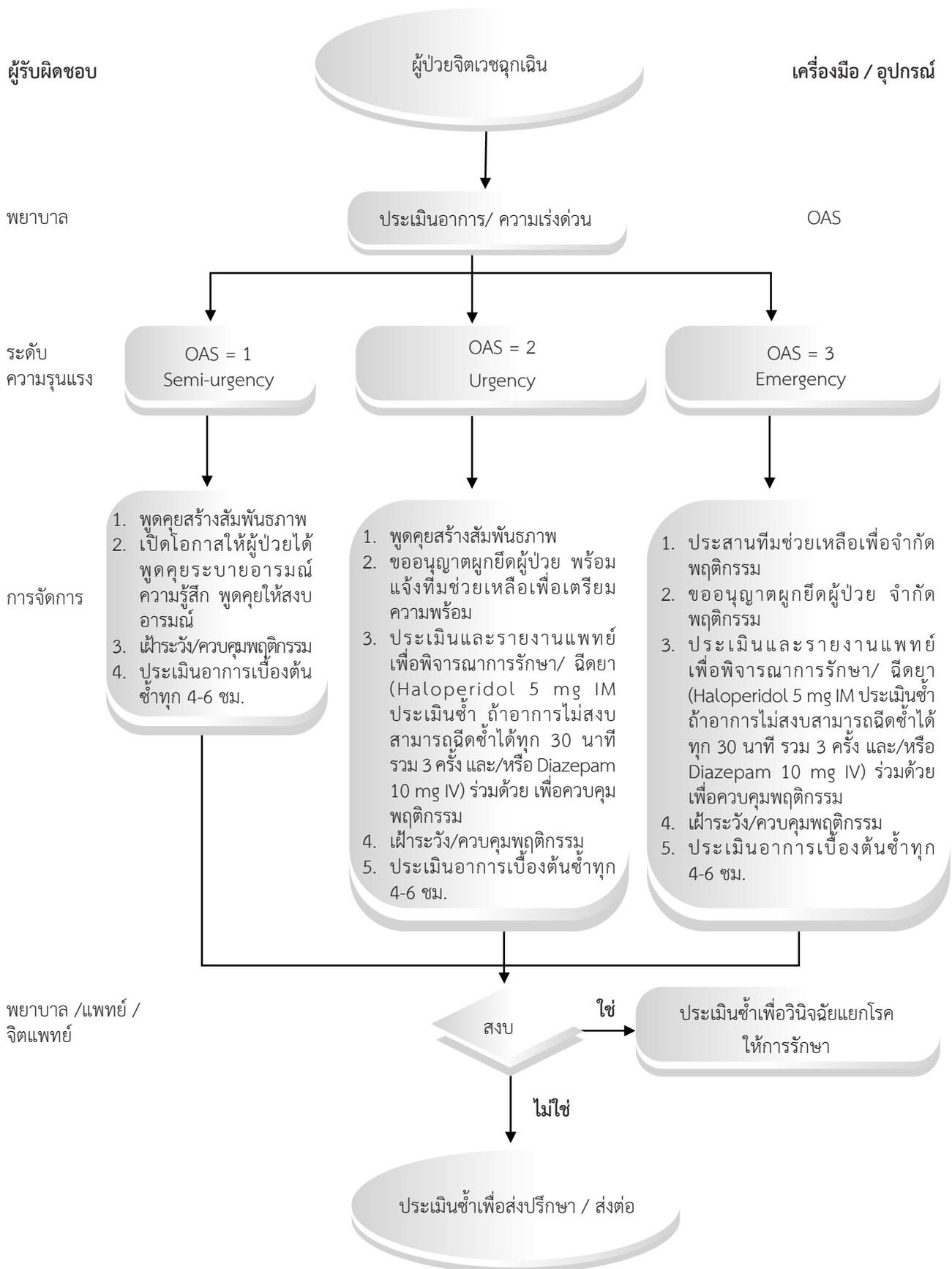
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก(OPD)/ คลินิกจิตเวช

1. ผู้ป่วยมารับบริการที่ OPD/ คลินิกจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง/ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)
2. พยาบาล OPD/ คลินิกจิตเวช ประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยการสังเกต หรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่
ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้
 - คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
 - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
 - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย ($OAS \leq 1$) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD สามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และรายงานแพทย์ ให้การรักษาตามแผนการรักษาปกติ
4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก ($OAS \geq 2$) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์แปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวัง / จำกัดพฤติกรรม
5. พยาบาล OPD/ คลินิกจิตเวช รายงานแพทย์ และประเมินอาการส่งห้องฉุกเฉิน



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/หอผู้ป่วยจิตเวช)

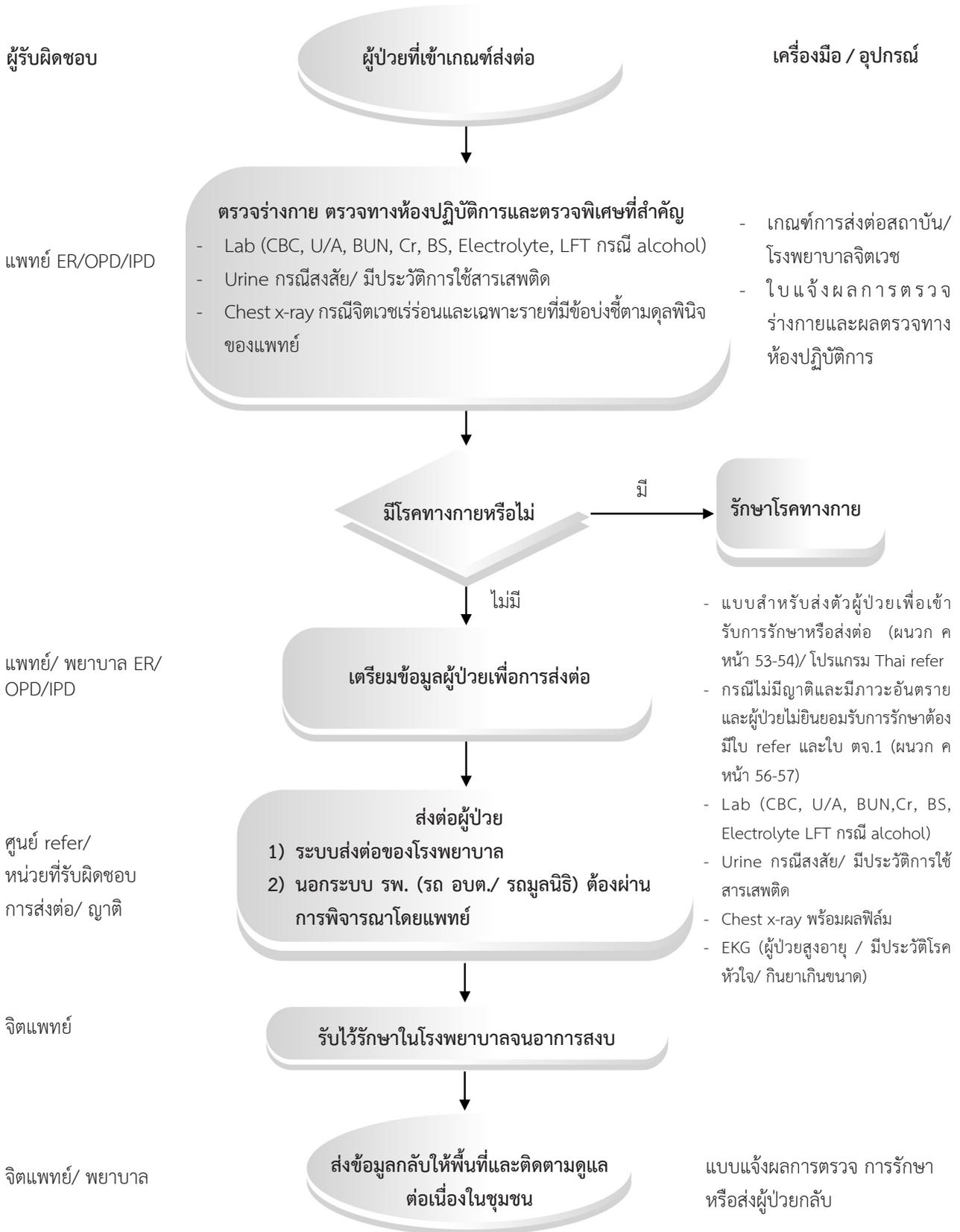
1. ผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น มีอาวุธ ทำทางก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น รวมถึงทำลายทรัพย์สิน
2. พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมหรือใช้แบบประเมินความรุนแรง เช่น OAS หรืออื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้
 - คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
 - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
 - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย ($OAS \leq 1$) พยาบาลหอผู้ป่วยสามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและให้การดูแลตามแผนการรักษาปกติ
4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก ($OAS \geq 2$) พยาบาลหอผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ ให้ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์แปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อจำกัดพฤติกรรม รายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวร/จิตแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา
5. พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาปกติ หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวร/จิตแพทย์เพื่อพิจารณา Consult / Refer



แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น มีอาวุธ ประสาทหลอน อารมณ์หงุดหงิด ท่าทีก้าวร้าว ทางวาจา (พูดเสียงดังข่มขู่) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น/ ทำลายทรัพย์สิน
2. พยาบาลประเมินอาการและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้
 - คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถ รับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
 - คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
 - คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
3. แนวทางการจัดการตามคะแนน OAS
 - OAS = 1
 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ
 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายอารมณ์ ความรู้สึก
 3. พูดคุยให้สงบอารมณ์
 4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
 5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ให้การรักษา ขอคำปรึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง
 - OAS = 2
 1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ
 2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย พร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อม
 3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา (Haloperidol 5 mg IM ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ Diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
 4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
 5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ให้การรักษา ขอคำปรึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง
 - OAS = 3
 1. ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
 2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
 3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา(Haloperidol 5 mg IM ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ Diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
 4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
 5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก 4- 6 ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ให้การรักษา ขอคำปรึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

หมายเหตุ: การจำกัดพฤติกรรม (ผูกยึด) ดูรายละเอียดในบทที่ 3



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปยังสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อตามข้อตกลงและเกณฑ์การส่งต่อสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช (ตามระบบการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ)

ข้อตกลงก่อนส่งต่อ

- ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะโรคทางกายจากแพทย์และได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่
- แพทย์/จิตแพทย์ในพื้นที่ ประสานกับจิตแพทย์ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช

เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนในการรักษา มีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา เป็นต้น
 - 2) ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)
 - 3) ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น
 - 4) ผู้ป่วยโรคจิตตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละเขตสุขภาพ
2. แพทย์ ER/OPD/IPD ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษที่สำคัญ ได้แก่
 - Lab (CBC, U/A, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
 - Urine กรณีสงสัย/ มีประวัติการใช้สารเสพติด
 - Chest x-ray กรณีจิตเวชเรื้อรังและเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์
 - EKG เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์ (ผู้ป่วยสูงอายุ/ มีประวัติโรคหัวใจ/ กินยาเกินขนาด)
 - Lab ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่มีของโรคขณะนั้น เช่น โรคไทรอยด์ เพื่อแยกผู้ป่วยโรคทางกาย เพราะถ้าเป็นโรคทางกายส่งรักษาทางกายก่อน
 3. ถ้าไม่มีโรคทางกายเตรียมข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ดังนี้
 - ใบ refer/โปรแกรม Thai refer ที่เขียนสมบูรณ์
 - กรณีไม่มีญาติและมีภาวะอันตรายและผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาดังต้องมีใบ refer และใบ ตจ.1
 - แนนผล Lab (CBC, UA, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
 - Urine กรณีสงสัย/ มีประวัติการใช้สารเสพติด
 - Chest x-ray พร้อมผล
 - EKG (ผู้ป่วยสูงอายุ/ มีประวัติโรคหัวใจ/ กินยาเกินขนาด)
 - ยาโรคทางกายของผู้ป่วย
 4. ศูนย์ refer/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ ญาติ ประสานส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วยไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
 5. สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไว้รักษาในโรงพยาบาลจนอาการสงบ
 6. จิตแพทย์/ พยาบาล นัดติดตามอาการและส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

บทที่ 3

การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้สถานการณ์ของความฉุกเฉินและความจำกัดของเวลา รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และมีเป้าหมายรองลงมาคือ การช่วยลดความรู้สึกในระดับรุนแรงของผู้รับบริการ

หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่งตามขั้นตอนในแต่ละช่วงเวลา เพื่อเป็นการลดความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์
2. ปฏิบัติการช่วยเหลือตามความต้องการที่จำเป็นและความต้องการในสถานการณ์เฉพาะหน้าขณะนั้น
3. ช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โดยต้องคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่สามารถยอมรับได้

การตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

พยาบาลคัดกรองอาการสำคัญและการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินทุกรายและจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (priorities of care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยแต่ละราย

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (primary assessment) ด้วยการประเมินภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็ว ซึ่งสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่มีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาจำกัดพฤติกรรมทันทีและตรวจสอบอาวุธในตัวผู้ป่วย
2. วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง วินิจฉัยและวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้
3. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ตามแนวปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน
4. รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีการบำบัดรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

5. บันทึกข้อมูลการคัดกรองทางจิตเวชเบื้องต้นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้
 - 5.1 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกเริ่ม
 - 5.2 การประเมินภาวะทางจิตอารมณ์ เพื่อแยกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิตเวช
 - 5.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยา การใช้สุรา ยา/ สารเสพติด โรคประจำตัว และการแพ้ยา
 - 5.4 สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว หรือสัญญาณทางระบบประสาท (neurological signs) มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง
 - 5.5 ผลการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการคัดกรอง (mental health triage) และประเมินปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยแพทย์/ พยาบาล
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนของการเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สินได้อย่างทันท่วงที
4. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2. การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (secondary survey) อย่างละเอียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (ongoing assessment) ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแต่ละราย

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยแต่ละประเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง
2. ประเมินอาการต่อเนื่อง (ongoing assessment) และดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคทางจิตเวช หรือการเจ็บป่วยทางกายตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉิน
3. บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติ (OPD card) และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกรายได้รับการประเมินและแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สินได้อย่างทันท่วงที
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกรายได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/ อาการผิดปกติ ตลอดเวลาที่อยู่ในแผนกฉุกเฉิน

3. การดูแลช่วยเหลือ

การดูแลช่วยเหลือตามแผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

แนวทางปฏิบัติ

1. วินิจฉัย วางแผน กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
2. ให้การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะที่เป็นอันตรายทันทีที่ตรวจพบปัญหา
3. ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
4. ให้การบำบัดรักษาตามอาการ
5. รายงาน/ ให้ข้อมูลแพทย์ ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
6. บันทึกการดูแลช่วยเหลือและเวลาลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (OPD card)
7. ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษา รวมถึงกรณีส่งต่อหรือจำหน่าย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายอย่างรวดเร็วทันท่วงที
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ได้รับอันตรายจากอาการทางจิตที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน
4. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่อง/ ส่งต่อ
5. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญทางจิตเวชได้ก่อนจำหน่าย

4. ประเมินผล/ ผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือ

ประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับการรักษาและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตามผลลัพธ์ที่คาดหวังและสอดคล้องกับสถานะการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินผลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3. ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ
4. บันทึกการประเมินผลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติ (OPD card) และรายงานอาการผิดปกติ/ เปลี่ยนแปลง แก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการประเมินผลการรักษา ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัญหา อุปสรรค ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยแต่ละรายระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล

การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)

การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล หากบุคลากรสาธารณสุขให้การดูแลด้วยความเข้าใจ รู้ถึงสาเหตุของการทำร้ายตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตำหนิความคิด การกระทำ และรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย จะสามารถให้การช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ตลอดจนสามารถสร้างความเข้าใจให้แก่ญาติ/ ครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน จะเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยได้

ความต้องการด้านจิตใจของผู้คิดฆ่าตัวตาย

1. ต้องการความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจปัญหาและความรู้สึก แต่ไม่ต้องการถูกซ้ำเติมจากคนรอบข้าง
2. ต้องการคนที่หวังดี ยินดีรับฟังและช่วยเหลืออย่างจริงจัง
3. ต้องการระบายความทุกข์ออกมาไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น การพูด เขียน ร้องไห้ หรือทำร้ายตนเอง เป็นต้น
4. ต้องการคนที่มีเวลาให้และให้ความสนใจ/ เอาใจใส่ดูแล เนื่องจากมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเดียวดายมากกว่าปกติ
5. กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เรียกร้องความสนใจ วุ่นวาย หวาดระแวง ฯลฯ แสดงถึงความต้องการความเข้าใจเหตุผลของการกระทำ

ผู้คิดฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยสาเหตุของการฆ่าตัวตายโดยตรง แต่อาจมาด้วยสาเหตุอื่นๆ ซึ่งผู้ช่วยเหลือควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (attempted suicide) เช่น ดื่มยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น
2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้
 - ฆ่าตัวตายในสถานที่หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็นหรือช่วยเหลือ
 - เตรียมการเรื่องทรัพย์สินหรือจดหมายลาตาย
 - เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยา/ อุปกรณ์ มาสะสมไว้ เป็นต้น
 - วิธีการที่รุนแรง
3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วัน หลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย
4. โรคทางกาย พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง ใน 3 โรคต่อไปนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย
 - โรคที่รักษาไม่หาย เรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ โรคจิตเภท โรคทางกายเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น
 - โรคทางกายระยะสุดท้าย
 - โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน
5. โรคทางจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่ง ใน 4 โรคต่อไปนี้ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย
 - โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) อาจมีความกดดันหรือไม่มีก็ได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย ที่มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกตัวเองไร้ค่า พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

- โรควิต (psychosis) อาจมีความหวาดระแวง หลงผิด คิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือหูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง
- โรคติดสุรา (alcoholism) มักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับบุคลิกของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียดอาจทำให้มีอาการเมเระหรือหงุดหงิดได้ง่ายและอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้
- บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้ที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหัน พลันแล่นหรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องต้องการความสนใจจากผู้อื่น ทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิดได้

สัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย (Warning Signs) ได้แก่

- พูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น “ฉันอยากตาย” “ฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่” เป็นต้น
- พูดในลักษณะสิ้นหวังต่อชีวิตหรือรู้สึกชีวิตไร้ค่า เช่น “มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้วจะมีประโยชน์อะไร” “ฉันเหนื่อยกับการมีชีวิตอยู่” “เบื่อหน่ายต่อชีวิต” เป็นต้น
- ชู่จะฆ่าตัวตาย
- ค้นหาข้อมูลวิธีการฆ่าตัวตายว่ามีขั้นตอนอย่างไร
- วางแผนฆ่าตัวตาย
- มีเจตนาคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น
- พฤติกรรมเสี่ยง เช่น ทำพินัยกรรม มอบมรดก บริจาคร่างกายเพื่อการศึกษา บอกลา เขียนจดหมายลาตาย เป็นต้น
- เตรียม/ ซื้อหาอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย เช่น ยาในปริมาณมาก มีด เข็ม ปืน เป็นต้น
- ไปยืนในที่สูง เช่น บนระเบียงตึก บนสะพาน บนหลังคา เป็นต้น
- ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อชีวิต เช่น ใช้สุราหรือยาเสพติดเพิ่มขึ้น ขับรถเร็วมาก เป็นต้น
- ไม่สนใจดูแลตนเอง เช่น ปล่อยตัวให้ดูทรุดโทรม ปล่อยตัวจนอ้วนหรือผอมลงมาก เป็นต้น
- บุคลิกภาพเปลี่ยนไป
- อารมณ์เปลี่ยนไป เช่น มักจะมีอารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล กระสับกระส่าย เป็นต้น
- แยกตัวจากสังคม ชอบอยู่คนเดียว ทำอะไรก็เบื่อหน่ายไปหมด

วิธีการถามความคิดฆ่าตัวตาย ควรเริ่มจากคำถามทั่วไปก่อนแล้วเฉพาะเจาะจงขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ การถามคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยตรงไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย แต่มีประโยชน์ในการเข้าใจผู้ป่วย

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน

1. คัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q
2. คัดกรองอาการสำคัญ ประเมินและบันทึกข้อมูลลงในใบตรวจรักษา
3. กรณีพบผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ติดป้ายชี้บ่งผู้ป่วย D&S (สีเหลือง) และป้ายสัญลักษณ์ทางด่วน (สีชมพู)
4. หากมีเอกสาร (เช่น ใบส่งตัว ใบแจ้งความ ฯลฯ) ที่ระบุเกี่ยวกับประวัติการถูกข่มขืน การถูกทารุณกรรม ให้คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลตาม CPG-SUI*

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

1. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
 - ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
 - ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยาร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - นัดตรวจติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อประเมินความเสี่ยงและความคิดฆ่าตัวตาย ให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีความหวังในชีวิตและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ ครอบครัว เรื่องโรค อากาการ การรักษาและการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและ/หรือดำเนินชีวิตตามปกติ โดยญาติ/ ครอบครัว สามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

1. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง การตัดสินใจบกพร่อง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้และ/หรือไม่มีญาติ นำส่ง ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
2. กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและ/หรือมีญาติ ให้ประเมินอาการผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล
3. แพทย์พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยประเมินจากข้อบ่งชี้การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับมาก

1. กรณีผู้ป่วยและ/หรือญาติไม่ยินยอมให้รักษาในโรงพยาบาล
 - 1.1 แพทย์วางแผนการบำบัดรักษา
 - ให้การบำบัดรักษาด้วยยา
 - ประเมินความสามารถในการทำงาน เขียนใบรับรองแพทย์ กรณีต้องหยุดพักหรือลางาน
 - ให้ความรู้ญาติ/ ครอบครัวในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - 1.2 ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาให้การบำบัดด้านจิตสังคมตามสภาพปัญหา
 - 1.3 กรณีมีเหตุฉุกเฉินแนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการที่เครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน
 - 1.4 ให้ญาติลงชื่อไม่ยินยอม/ไม่สมัครใจอยู่รักษาในใบตรวจรักษา ลงทะเบียนและนัดหมายตามแผนการรักษาของแพทย์
2. กรณีแพทย์พิจารณารับไว้รักษาและผู้ป่วย/ ญาติยินยอมรักษา
 - บันทึกประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต สั่งการรักษา การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน
 - บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
 - สั่งให้มีการผูกมัดได้กรณีจำเป็น
 - ประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึกและส่งต่อความเสี่ยง อากาการสำคัญ แผนการรักษาต่อแผนกผู้ป่วยใน

***หมายเหตุ:** รายละเอียดดูจากแนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2555 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

1. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ
2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.1 การแสดงออกทางสีหน้า/ ท่าทาง เช่น
 - สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร
 - กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้างและแข็งกร้าว
 - ท่าทางเครียด ไม่ผ่อนคลาย
 - 2.2 การเคลื่อนไหว และการกระทำ เช่น
 - กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา
 - ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำหมัด
 - กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง
 - หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด
 - 2.3 การแสดงออกทางคำพูด เช่น
 - เจ็บเฉยผิดปกติ
 - โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน
 - พูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิติเตียน ต่ำว่าคำหยาบ พูดสาปแช่ง
 - 2.4 การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด หงุดหงิด โกรธง่าย ฯลฯ
3. ใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale) (ผนวก ค หน้า 52) หรือแบบประเมินอื่นๆ

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น จำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และคำนึงถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ดังนี้

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย

ในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย โดยพิจารณาระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัย อยู่ห่างกับผู้ป่วยพอสมควร ไม่ควรเข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากเกินไป ควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต วัตถุประสงค์รับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่ควรถูกเข้าไปติดต่อหรือจัดการกับผู้ป่วยตามลำพัง ควรมีบุคคลที่พร้อมจะขอความช่วยเหลืออยู่ในบริเวณนั้นด้วย โดย

- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับผู้ป่วย
- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พูดช้าๆ เนื้อหาชัดเจนและหลีกเลี่ยงการตอบรับหรือปฏิเสธ เงื่อนไข/ ข้อต่อรองของผู้ป่วย ไม่โต้เถียง ไม่ตัดสินความคิด ความรู้สึกและไม่พูดข่มขู่
- ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด แม้ว่าจะเป็นความรู้สึกในทางลบ พร้อมทั้งรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม

2. การจัดการทางกายภาพ

- การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์/ ผู้อื่น เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น จัดให้อยู่ที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นจากแสง เสียง สี

- การจำกัดพฤติกรรม เป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน ส่วนใหญ่นิยมจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้สถานบริการทุกแห่ง ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1) เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึด

- ผ้าผูกยึด ควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียว แต่นุ่ม มีลักษณะพร้อมใช้ ผ้าผูกยึดที่นิยมใช้คือ ผ้าผูกยึดข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraints) และเสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint)
- เตียง ควรเป็นเตียงที่สามารถใช้ผ้าผูกยึดได้ นอกจากนี้ควรผูกยึดผู้ป่วยในสถานที่เป็นส่วนตัว เจ็บสงบ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถูกรบกวน/ ถูกกระตุ้น

2) ทีมผู้ดูแลรักษา ควรมีอย่างน้อย 5 - 6 คน จะต้องมียุติบัตร (แพทย์/ พยาบาล) คอยมอบหมายหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน มีการตกลงร่วมกัน สมาชิกทุกคนต้องพูดและปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าทีมผู้ดูแลรักษาทุกคนพร้อมใจทำเพื่อประโยชน์ผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นการทำโทษผู้ป่วย โดยแบ่งหน้าที่ ดังนี้

- แพทย์/ พยาบาล หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
- สมาชิกอีกคนจับถือผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลาย
- สมาชิกที่เหลือช่วยกันจับแขน ขาเพื่อการผูกยึด

3) ผู้นำทีมเป็นผู้แจ้งและอธิบายถึงเหตุผลในการผูกยึดให้ผู้ป่วยทราบและญาติรับทราบ

4) การเข้าไปจับเพื่อผูกยึดผู้ป่วยควรเลือกทำในขณะที่ผู้ป่วยผ่อนคลายหรือกำลังถูกชักชวนให้พูดคุยและทำกิจกรรมอันใดอันหนึ่ง

5) ผู้นำทีมต้องให้สัญญาณในการเข้าจับผู้ป่วย โดยให้สมาชิกทีมแต่ละคนจับยึดแขน ขาแต่ละข้างของผู้ป่วย ควรจับยึดบริเวณข้อพับใหญ่ๆ เช่น ข้อศอกหรือข้อเข่าของแขนและขาของผู้ป่วย เป็นต้น

6) ผูกยึดผู้ป่วยอย่างถูกเทคนิคโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ถ้าผู้ป่วยไม่ดิ้นรนมากนัก การผูกยึดข้อมือให้ลงข้างลำตัวทั้ง 2 ข้าง และผูกยึดข้อเท้าตรึงติดกับเตียงก็เพียงพอแล้ว การผูกยึดที่ดีควรใช้นิ้วมือ 2 นิ้วสอดใต้ผ้าผูกยึดได้ ไม่ควรผูกแน่นเกินไป เพราะอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าไม่ดี ถ้าผู้ป่วยดิ้นรนมากอาจใช้เสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint) ร่วมด้วย แต่ไม่ผูกยึดจนแน่นเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ออก ระวังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอันตราย เช่น ดึงผม บิดแขน นิ่งทับตัวผู้ป่วย เป็นต้น

7) การช่วยเหลือหลังการผูกยึด

- ตรวจสอบและประเมินผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดเป็นระยะทุก 15 - 30 นาที ในเรื่องความปลอดภัยและการผ่อนคลาย เช่น การเปลี่ยนท่า การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย และบันทึกทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยม
- พูดคุยให้กำลังใจ ให้ข้อเท็จจริง
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ ญาติได้ระบายความคิด ความรู้สึกต่อความคับข้องใจ
- เมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง พูดคุยรู้เรื่องควบคุมตนเองได้ จึงยุติการผูกยึด

หมายเหตุ: หลังการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยการจับถือและการผูกยึด แพทย์/ พยาบาลต้องเป็นผู้นำในการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาข้อบกพร่องและปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ทีมงาน สามารถดูตัวอย่างการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=YTMXqtTqbj0>

3. การจัดการทางยา เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็วที่สุดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ขณะเดียวกันยาที่ให้อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยวางใจเกินไป เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินอาการ วินิจฉัยสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาคลายเครียด (Anxiolytics) กลุ่ม Benzodiazepines เช่น diazepam และยาโรคจิต (Antipsychotic) เช่น Haloperidol ซึ่งในการให้ยาจะต้องอธิบายถึงเหตุผลของการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รับรู้หรือไม่รู้เรื่องก็ตาม และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังจากให้ยา เนื่องจากยาบางชนิดจะออกฤทธิ์เร็ว ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ แนวทางการให้ยาตามผังไหลที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง (หน้า 14)

3. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium)

การประเมินผู้ป่วยภาวะเพ้อสับสน (Delirium)

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางรายต้องการเวลาในการตอบคำถามมาก และบางรายตอบคำถามไม่ได้ ซึ่งส่วนมากข้อมูลที่ได้มักได้มาจากคำตอบของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลผู้ป่วยที่ควรรวบรวม มีดังนี้

1. ข้อมูลจากการสังเกต

- ลักษณะทั่วไป: รูปร่าง หน้าตา การแต่งกาย สุขภาพอนามัยทางร่างกาย
- ระดับการรู้สึกตัว: การรับรู้ รู้สึกตัว สับสน เฉยเมย หรือเหมือนกำลังหลับ
- การถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า: ตื่นเต้น ตกใจ หรือถูกกระตุ้นได้ง่าย
- ภาษาที่ใช้: การใช้สรรพนาม การพูดเป็นประโยค หรือการตอบคำถาม
- ความจำ: ระยะสั้น ระยะยาว (ผู้ป่วยไม่สามารถทบทวนสิ่งที่ให้จำไปเมื่อ 5 นาทีที่ผ่านมา แต่จะทวนความจำเหตุการณ์ที่เกิดในวัยเด็กได้)
- ความสามารถในการแก้ปัญหาอื่นๆ: ความเข้าใจ การอธิบายสิ่งต่างๆ การโต้ตอบและความสามารถทางสติปัญญา/ เซวน์ปัญญา

2. ข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด

- ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันเป็นอย่างไร เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การติดต่อกับผู้อื่นและสิ่งที่เป็นปัญหาของญาติ/ ครอบครัว เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายตอนกลางคืน นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หรือพยายามจะเดินออกนอกบ้าน เป็นต้น
- ด้านอารมณ์ ถามว่ารู้สึกอย่างไร อะไรทำให้กังวลหรือหงุดหงิด โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการอย่างไร
- ด้านสติปัญญา/ เซวน์ปัญญา ถามความจำปัจจุบัน ความจำในอดีต เพื่อดูว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ หรือผู้ป่วยแสดงท่าทีจำสมาชิกครอบครัวไม่ได้
- ด้านสังคม ถามถึงอุปนิสัยและกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติมาก่อน
- ด้านความเจ็บป่วยและยาที่ใช้ประจำ ถามโรคประจำตัวและยาที่ใช้ อาการแพ้ยาหรือไม่
- ด้านการใช้สุรา ยา/ สารเสพติด ถามถึงชนิดของสุรา ยา/ สารเสพติด และความถี่ของการใช้

ปัญหาที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ

- ไม่สามารถพูด สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในความต้องการของตนเอง
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

- เสี่ยงกับการเกิดอุบัติเหตุได้สูง ทั้งจากการรับรู้แปรปรวน หรือสูญเสียการรู้สึกตัว
- มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ซึมเศร้า ตื่นตระหนก และหวาดกลัวจากอาการประสาทหลอน
- มีปัญหาเรื่องการนอน
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมบกพร่อง
- สูญเสียความสามารถในการจัดการปัญหาหรือการเผชิญปัญหา
- ปริมาณสารน้ำหรือปริมาณสารอาหารในร่างกายไม่พอเพียง
- การเคลื่อนไหว หรือการเดิน ไม่มั่นคง

การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ

1. ควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร โดยแนะนำตัวและบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าจะทำอะไรทุกครั้ง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ โดยบอกกับผู้ป่วยเป็นระยะ
3. ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการนำที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยแสดงความสับสนในเรื่องของเวลา อาจบอกเวลาเข้าเป็นเวลาเย็น แสดงถึงความแปรปรวนในการรับรู้สภาพแวดล้อมทั่วไป หรือผู้ป่วยแสดงท่าที่สับสนไม่เข้าใจคำแนะนำง่าย ๆ
4. แนะนำให้ญาติ/ ครอบครัว อยู่เป็นเพื่อนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
5. คอยดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

4. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & Substance Intoxication and Withdrawal)

การดูแลผู้ป่วยภาวะ Alcohol Intoxication

เป็นภาวะมีเมานะขณะดื่มสุราและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสม เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ เกิดความบกพร่องในอาชีพการงาน/ สังคม และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้

- 1) พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้
- 2) การทรงตัวเสีย
- 3) เดินเซ เดินสะเปะสะปะ
- 4) ตากระตุก (nystagmus) หน้าแดง (flushed face)
- 5) cognitive function เช่น การเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจบกพร่อง เป็นต้น
- 6) ถ้าเมามากอาจถึงหมดสติไม่รู้สึกรู้ตัวได้ (coma)

อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ร่าเริง ตื่นเต้น พูดมาก หงุดหงิด ง่วงซึม การควบคุมการเคลื่อนไหวจะช้าลงในรายที่อาการรุนแรงสามารถนำไปสู่ภาวะ coma ภาวะ respiratory depression และเสียชีวิตได้จาก respiratory arrest

การรักษา

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีปัญหาการขาดความสมดุลของร่างกาย เช่น ภาวะสมดุลของกรด - ด่าง สารน้ำและเกลือแร่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ให้การรักษา ดังนี้

- thiamine 100 mg IM เพื่อป้องกันการเกิด wernicke - korsakoff - syndrome
- 50% dextrose 50 ml IV ในรายที่มีภาวะ hypoglycemia
- lorazepam 1-2 mg oral ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ haloperidol 2.5-5 mg IM ทุก 4-6 ชั่วโมง ในรายที่มีภาวะก้าวร้าว หรือก้าวร้าวรุนแรงมาก

การดูแลช่วยเหลือ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายและพูดคุยด้วยท่าทีที่สงบ มีความสุภาพอ่อนโยน
- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลใกล้ชิด ระมัดระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่น บางรายที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด ร่วมกับการให้ยาของแพทย์
- ระมัดระวังป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุในรายที่มีปัญหาการทรงตัว
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในรายที่มีปัญหาจากภาวะ respiratory depression หรือ aspiration จาก การอาเจียน

การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนสุรา (Alcohol Withdrawal)

การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะถอนสุรา ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดเมื่อผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม โดยมีการประเมิน ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่
 - 1.1 autonomic hyperactivity (เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/ นาที มีไข้ BP สูง)
 - 1.2 hand tremor (มือสั่น ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วยเหยียดแขนตรง และกางนิ้วออก)
 - 1.3 visual, tactile or auditory hallucination (ประสาทหลอนทางตา สัมผัส หู) หรือ illusion (แปลสิ่งเร้าผิด)
 - 1.4 insomnia (นอนไม่หลับ)
 - 1.5 nausea/ vomiting (คลื่นไส้ อาเจียน)
 - 1.6 psychomotor agitation (กระสับกระส่าย)
 - 1.7 anxiety (วิตกกังวล)
 - 1.8 grand mal seizures (ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว)
2. ใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS (Alcohol Withdrawal Scale) (ผนวก ค หน้า 55)

การรักษา

แพทย์มักใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines เพื่อลดอาการถอนเหล้า เช่น diazepam 10 - 20 mg (oral) ทุก 4 - 6 ชม. หรือ chlordiazepoxide (librium) 25-100 mg (oral) ทุก 4 - 6 ชม. lorazepam 2-10 mg (oral) ทุก 4-6 ชม. เป็นต้น ปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการ โดยเริ่มจากขนาดสูงเพื่อลดอาการ withdrawal เมื่ออาการสงบลงได้ 1 - 2 วัน จะลดขนาดยาลง 20% ของขนาดยาที่ได้รับอยู่และลดยาลงทุกวัน พิจารณาให้ vitamin, minerals หรือสารอาหารอื่นตามความจำเป็น เช่น thiamine 100 mg IM / IV วันละ 3 ครั้ง folic acid 1 mg วันละครั้ง เป็นต้น

การดูแลช่วยเหลือ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความไม่สบายใจ ให้กำลังใจ
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ดูแลให้สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะ dehydration หรือ hypoglycemia

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย เช็ดตัวในรายที่มีเหงื่อออกมากหรือมีไข้
- ดูแลสุขภาพปากและฟัน ในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และป้องกันการสำลักลงหลอดลม ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในรายที่เกิดการสำลัก
- ระวังสังเกตอาการใกล้ช็อค เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่นในรายที่มีอาการประสาทหลอน
- ดูแลและสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า (Amphetamine Intoxication)

เป็นภาวะที่เกิดจากการใช้ยาบ้าในปริมาณมาก เพ็งเสพหรือเสพติดต่อกันเป็นเวลานาน

อาการด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ เช่น อารมณ์ครื้นเครงกว่าปกติ วิตกกังวล กระสับกระส่าย ตื่นตัวอย่างมาก ตึงเครียด หรือโกรธ การตัดสินใจไม่เหมาะสม เป็นต้น

อาการทางกายที่พบได้บ่อย เช่น ใจสั่น เหงื่อแตกหรือหนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น บางรายอาจจะมีการทางจิต (psychosis) ร่วมด้วย อาจตรวจพบม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง ในกรณีที่เสพเกินขนาด อาจมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง สับสน ชัก เคลื่อนไหวผิดปกติ กล้ามเนื้อเกร็ง หรือ coma ได้

การรักษา เน้นการรักษาแบบประคับประคอง ดังนี้

1. ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด โดย ammonium chloride 2.75 mEq/kg หรือ ascorbic acid (vitamin C) 8 gm/day จนค่า pH ในปัสสาวะน้อยกว่า 5
2. antipsychotic drug ในรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เช่น haloperidol 2-5 mg ชนิดรับประทานทุก 4 - 6 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ในช่วงแรก อาจให้เป็นยาฉีด เช่น haloperidol 2 - 5 mg IM หรือ chlorpromazine 1 mg/kg IM ทุก 4 - 6 ชั่วโมงได้ ควรจะให้ยาในกลุ่ม anticholinergic เช่น benzhexol (artane) ชนิดรับประทานในขนาด 2-4 mg/day ร่วมด้วยเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
3. ในรายที่มีอาการวิตกกังวลอย่างมาก อาจจะให้ยา benzodiazepine: diazepam ชนิดรับประทาน 2 -10 mg/day ร่วมด้วย
4. ในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ควรให้ยาในกลุ่ม beta-blocker: propranolol หรือถ้าความดันโลหิตสูงมากอาจต้องให้ยาลดความดันตามความเหมาะสม
5. ภาวะชัก รักษาเหมือนภาวะชักทั่วไปโดยให้ diazepam 10 mg IV

การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย รับฟังปัญหาโดยให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจ แสดงความเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย
- ดูแลใกล้ช็อค เพื่อระมัดระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ในรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมกับการให้ยารักษาโรคจิตตามแผนการรักษาของแพทย์
- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ยาและดูแลช่วยเหลือในรายที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต
- ตรวจสอบสัญญาณชีพและสัญญาณประสาท
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีภาวะชัก อาจจำเป็นต้องให้ออกซิเจน

การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนจากยาบ้า (Amphetamine Withdrawal)

ภาวะฉุนเฉียวจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น จากผลของพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

- 1.ฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดอาการเมายา จะเกิดอาการกลัว ระวัง ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตนเองปลอดภัย
2. ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น ผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น ประสาทหลอน ระวัง หรือโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตนเองได้
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากพยาธิสภาพทางสมอง เป็นต้น
4. ความโกรธ ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกอับอาย ไม่ปลอดภัย โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้แตกต่างกัน และเป็นภาวะฉุนเฉียวทางจิตเวช แต่ต้องระวังภาวะฉุนเฉียวทางกายที่อาจพบได้จากการใช้สารเสพติด เช่น ชัก คลุ้มคลั่ง หมดสติ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

อาการและอาการแสดงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงความฉุนเฉียวที่สังเกตได้ เช่น ม่านตาขยาย และไม่คอยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น เกร็งกราม ตัวแข็งๆ อาการที่ตรวจพบ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ซีพจรเต้นเร็ว pupil dilated อาการที่ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก เป็นต้น

อาการทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่ายอย่างมาก วิตกกังวลอย่างมาก พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ตื่นตกใจง่าย ตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงและเร็ว มีความคิดหวาดระแวง หลงผิด ทำทางเหมือนพูดโต้ตอบกับใครที่มองไม่เห็นและตอบสนองต่อเสียง หรือมีอาการหูแว่ว

การประเมิน

1. การประเมินเบื้องต้น เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยง ไม่ใช่ประเมินว่าเกิดจากภาวะเมายาบ้าหรือไม่ แต่เป็นการประเมินโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เกิดอันตรายทั้งต่อผู้เสพและผู้อื่น ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามหาอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธของผู้เสพ
2. ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่ โดยการประเมินต้องพิจารณาทั้งข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม อาการ และอาการแสดงทางร่างกาย การถามคำถามตรงไปตรงมา และข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการประเมินจะต้องใช้คำพูดที่นิ่ง สงบ ไม่คุกคาม ทำทางมั่นใจ หลีกเลี่ยงการใส่ชุดเครื่องแบบที่คล้ายตำรวจ ยาม หรือดูมีอำนาจเหนือกว่า หลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจหรือยิ่งทำให้เครียดหรือทำให้คิดว่าจะถูกทำร้าย ถูกควบคุมตัว ผู้เสพที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทจะตอบสนองและโต้ตอบได้ดีกับวิธีการพูดคุยที่สงบ ไม่ก้าวร้าวหรือขู่คุกคาม

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม เนื่องจากแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมจะต่างจากเฮโรอีนหรือสุรา พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าอาจเกิดจากการใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ แสดงความคิดที่หวาดระแวง ก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้ ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ (เสียง การเคลื่อนไหว) แสดงพฤติกรรมความเชื่อที่หลงผิด อาจพูดคุยคนเดียว (ตอบสนองต่อหูแว่ว) มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ อาการเหล่านี้อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคจิต ยากที่จะสามารถแยกแยะว่าเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตหรือเกิดจากสารกระตุ้นประสาท หรือเกิดจากการขาดการควบคุมอารมณ์ที่รุนแรง แต่ขั้นตอนในการจัดการยังคงใช้วิธีการเดียวกัน

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่

- ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ควรจะสงบเงียบ
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เย็นๆ ถอดเสื้อผ้าที่หนักหรือรัดออก
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า ปลอบใจให้ผู้ป่วยพูด
- เวลาเข้าหาผู้ป่วยให้เข้าหาช้าๆ มั่นใจ (อย่ากลัวๆ กลัวๆ ลังเล) ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสถานการณ์ควบคุมได้ปลอดภัย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการจะดีขึ้นในไม่ช้า
- ให้เพื่อนหรือญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือติดต่อให้ผู้ป่วยได้คุยด้วย
- หากจำเป็นต้องให้ยาผู้ป่วย อาจให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine หรือ Antipsychotic ตามความจำเป็น
- ควรให้ผู้ป่วยได้น้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 250-500 ซีซี ต่อชั่วโมง
- หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิตสูงขึ้นมา พิจารณาเปิดเส้นเลือดเพื่อให้ให้น้ำเกลือและใส่เครื่อง Monitor EKG

พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาทอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเกิดได้ทั้งในขณะที่เสพหรือในช่วงถอนพิษ เมื่อหยุดเสพพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด
- สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- ก้าวร้าว โต้เถียงทะเลาะแม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจหรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าเจ้าหน้าที่ว่าไม่ได้เรื่อง หรือคุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ
- รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

ก่อนอื่นต้องตระหนักว่า ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจที่เสียไป อาจรับรู้สถานการณ์หรือสิ่งรอบข้างต่างไปจากเรา ทั้งนี้ก็เกิดจากอาการระแวง หลงผิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรจะ

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือขี้ม
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไรและทำไมเราต้องทำเช่นนั้น

- หลีกเลียงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่าทางก้าวร้าวหรือมีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานในการจัดการบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ว่าด้วยกรณีใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอโดย

- ให้แน่ใจว่าคุณสามารถหลบหนีออกมาได้ หากจำเป็น
- ให้แน่ใจว่าคุณได้ปรึกษาผู้อื่น หรือมีผู้ช่วยเหลือหากคุณต้องเผชิญเหตุการณ์เสี่ยง
- ให้แน่ใจว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลช่วยเหลือต่อ/หลังจากคุณได้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติแล้ว

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

Mild arousal: ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยา
รับประทาน ได้แก่

- Diazepam 5-10 mg หรือ Clonazepam 0.5-2 mg หรือ Lorazepam 1-2.5 mg ซ้ำทุก 30-60 นาทีตามความจำเป็น
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg

Moderate Arousal: ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรพิจารณายาฉีด
เข้ากล้ามเนื้อหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน

- Haloperidol 2.5-5 mg หรือ olanzapine 5-10 mg IM

High Arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือมีแนวโน้มก้าวร้าว ควรพิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด
หากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหรือฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ โดย

- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- Diazepam 5-10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg
- ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. สถานที่ หมายถึง สถานที่ที่จัดไว้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

- มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อยู่ในโซนสีเหลือง จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง ไม่อึดอัด งดสิ่งกระตุ้นโดยลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคน ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ห่างจากอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด
- มีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง
- มีระบบการดูแลความปลอดภัยของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น
- มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมือ/ อุปกรณ์ ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย
- มีระบบแจ้งเตือน/ สัญญาณขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล



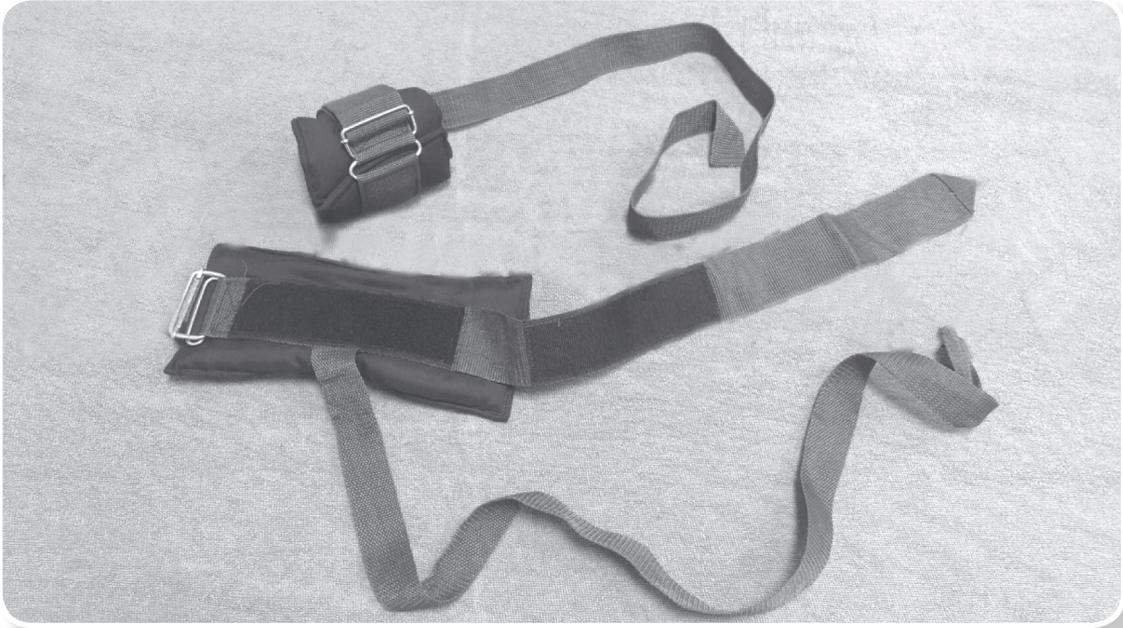
ภาพที่ 2 ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน



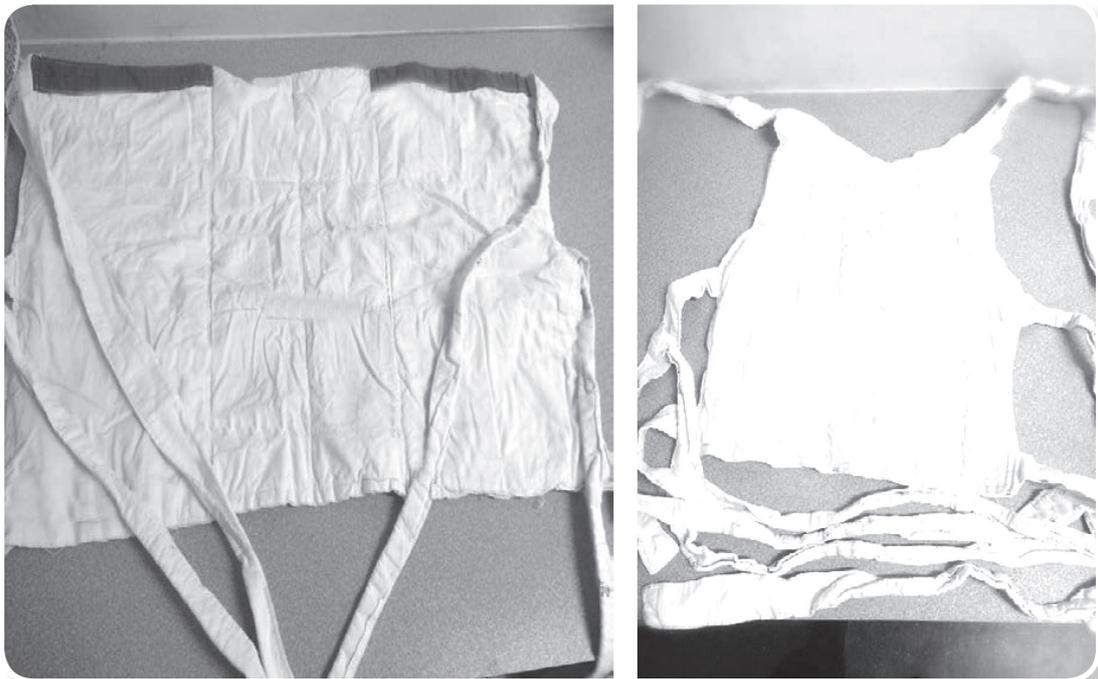
ภาพที่ 3 แผนกฉุกเฉิน

2. เครื่องมืออุปกรณ์ หมายถึง เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เช่น

- ผ้าผูกยึด ควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียว แต่นุ่ม มีลักษณะพร้อมใช้ ผ้าผูกยึดที่นิยมใช้ คือ ผ้าผูกยึดข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraints) และเสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint)
- เก้าอี้ผูกยึด ควรมีลักษณะแข็งแรง ไม่มีเหลี่ยมมุมที่อาจเกิดอันตราย ควรยึดติดกับพื้นหรือผนังเพื่อป้องกันการเคลื่อนย้าย
- เติียงตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้และไม่เสี่ยงต่อการพลิกคว่ำ



ภาพที่ 4 ผ้าผูกยึด



ภาพที่ 5 เสื้อผูกยึดลำตัว



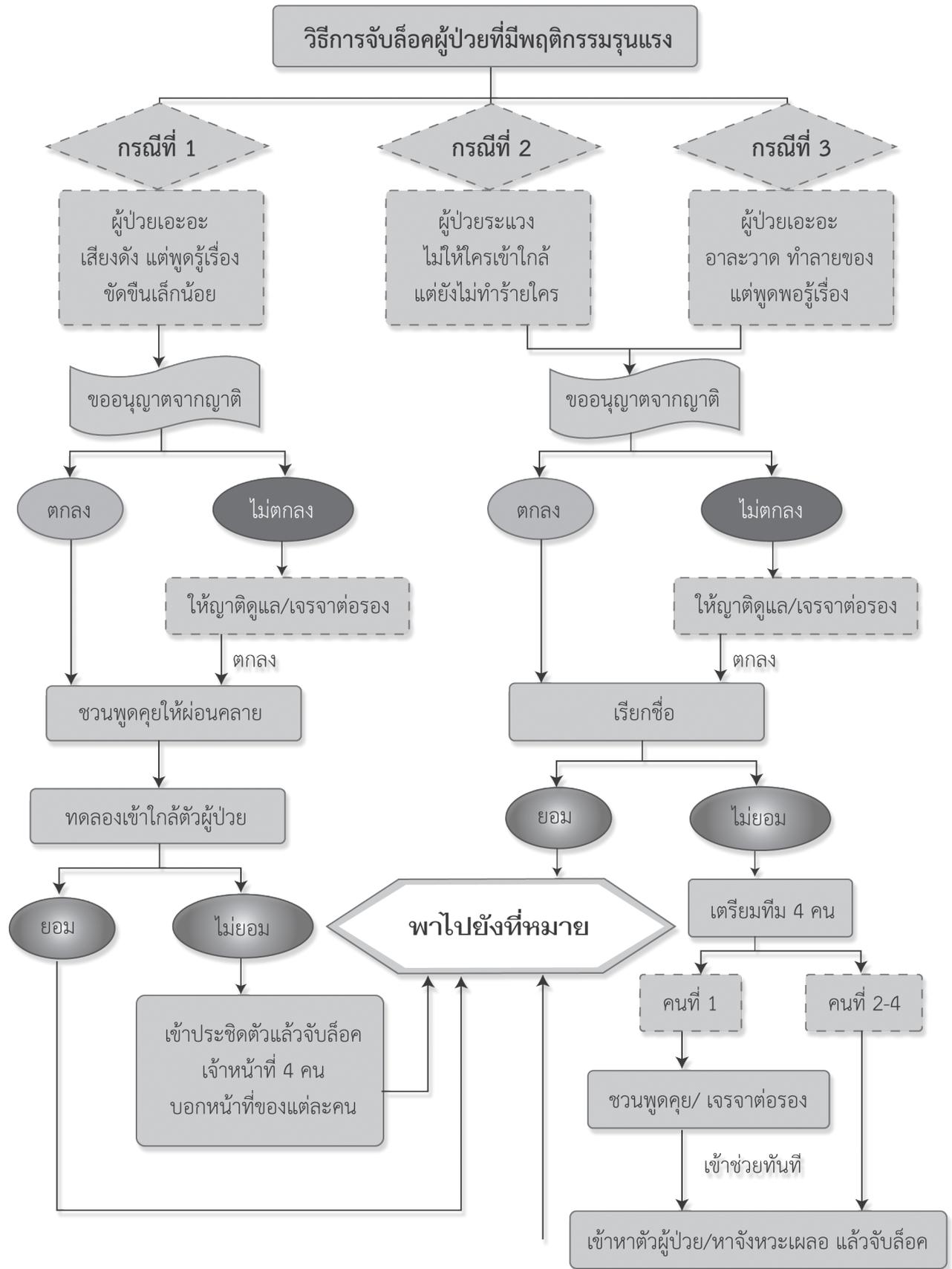
ภาพที่ 6 เก้าอี้ผูกยึด

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (Milieu management)

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงได้ ซึ่งมีคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมดังนี้

- ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัย
- นำวัตถุที่อาจใช้เป็นอาวุธออกจากสิ่งแวดล้อม (เช่น ของมีคม เข็ม ฆวด เป็นต้น)
- ตรวจสอบร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าปลอดภัย
- สังเกตและเฝ้าระวังวัสดุสิ่งของที่ญาติผู้ป่วยนำเข้ามา
- จัดเตรียมห้องแยกที่สงบเงียบและปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง
- ล็อคห้องเก็บของในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- ใช้อุปกรณ์ที่เป็นพลาสติกแทนแก้วหรือขวด
- ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการผูกยึด

ตัวอย่างวิธีการจับล่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง



ภาพที่ 7 วิธีการจับล่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล*. ฉบับที่ 1.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *หลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ : ดิโนตูด มีเดีย พลัส.
- กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. เชียงใหม่.
- กัญญา กาญจนบุรานนท์. (2540). *การดำเนินงานสุขศึกษา ในเอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 8-15*. พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2559). *หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกุล. (2542). *คู่มือการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกุล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราเมศ กรณีย์ และคณะ. (2559). *สถานการณ์ของชนิดสารเสพติดที่ใช้ในกลุ่มผู้เสพในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พ.ศ. 2552-2557*. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2559.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. (2544). *แนวทางรักษาโรคจิต : แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2555 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2553). *เอกสารประกอบการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช*.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทวิคทอเรียอิมเมจ.

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ; สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder*. 5th ed. Arlington. VA: American Psychiatric Association.

Farmer A, Jablensky A. In: Murray R, Kendler k, McGuffin P, Wessely S and Castle D. (2008). editors. *Essntial psychiatry*. 4th ed. Cambridge, UK ; New York : Cambridge University Press; P.39-52.

Goldberg DP, Gask L and Morriss RK. (2008). *Psychiatry in medical practice*. 3rd ed. New York: Routledge; p.59-68.

Ludwig AM. (1980). *Principles of clinical psychiatry*. New York: Free Press; P.1-36.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva. Switzerland: WHO.

ภาคผนวก

โรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชนั้นบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ยาก เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้น เป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในผู้ที่ปกติ ซึ่ง DSM-5 ได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ ดังนี้

1. เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติในด้านการรู้คิด การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งมีที่มาจากความบกพร่องของการทำงานของจิตใจ กระบวนการทางชีววิทยาหรือพัฒนาการ
2. อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) หรือมีความบกพร่อง (Disability) ในกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพหรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ
3. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่ใช่ว่าเป็นสิ่งที่สังคมนั้นๆ ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
4. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศหรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆ กับสังคมไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากนี้ปัญหาเหล่านี้จะมีที่มาจากภาวะดังข้อแรก

การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น มีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการวิจัย ทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรคและทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุดคือ DSM-5 เริ่มใช้ พ.ศ.2556
2. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับ ICD-10 เริ่มใช้ พ.ศ.2535

การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้เดิมมีส่วนที่แตกต่างกันอยู่ระดับหนึ่ง แต่ในฉบับล่าสุดของทั้งสองระบบนี้แนวคิดส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน โดยต่างก็พยายามปรับให้ใกล้เคียงกัน (ดูในตารางกลุ่มโรคใน DSM-5 และ ICD-10) ในที่นี้จะใช้ระบบการจำแนกโรคของ DSM-5 เป็นหลัก เพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปในทางเดียวกันและเพื่อความสะดวกในการศึกษา

เดิมมักนิยมแบ่งโรคทางจิตเวชออกคร่าวๆ เป็นกลุ่ม organic กับ functional โดยมีความคิดว่ากลุ่ม organic คือโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ ในขณะที่กลุ่ม functional เป็นมาจากปัจจัยทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคจิตหากเกิดจากเนื้องอกในสมองหรือจากการเสพยาจะจัดอยู่ในกลุ่ม organic แต่หากไม่พบสาเหตุอะไรก็จัด

อยู่ในกลุ่ม functional เช่น โรคจิตเภท แต่ปัจจุบันเราทราบว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูหรือปัญหาทางจิตใจ แต่เป็นจากความผิดปกติทางกายภาพในระดับเซลล์และสารสื่อประสาท กรณีเช่นนี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคแพนิค เป็นต้น การแบ่งกลุ่มเช่นนี้จึงใช้กันน้อยลงเพราะมักทำให้เข้าใจผิด หากจะมีการใช้คำว่า organic อยู่บ้าง ซึ่งหมายถึงภาวะที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือจากยาและสารต่างๆ เท่านั้น

กลุ่มโรคใน ICD-10 และ DSM-5

รหัสโรค	ICD-10	DSM-5
F00-F09	<ul style="list-style-type: none"> Organic, including symptomatic, mental disorders (dementia, delirium, amnestic disorder) 	<ul style="list-style-type: none"> Neurodevelopmental disorders Elimination disorder
F10-F19	<ul style="list-style-type: none"> Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (intoxication and withdrawal states, harmful use, dependence syndrome) 	<ul style="list-style-type: none"> Substance-related and addictive disorders Medication-induced movement disorders and other adverse effects of medication
F20-F29	<ul style="list-style-type: none"> Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (schizophrenia, delusional disorder) 	<ul style="list-style-type: none"> Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
F30-F39	<ul style="list-style-type: none"> Mood [affective] disorders (depressive or manic episode, bipolar affective disorder) 	<ul style="list-style-type: none"> Bipolar and related disorders Depressive disorders Other mental disorders
F40-F48	<ul style="list-style-type: none"> Neurotic, stress-related and somatoform disorders (phobias, panic disorder, adjustment disorder) 	<ul style="list-style-type: none"> Anxiety disorders Obsessive-Compulsive and related disorders Trauma and stress-related disorders Dissociative disorders Somatic symptom and related disorders Neurocognitive disorders
F50-F59	<ul style="list-style-type: none"> Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (eating disorders, sleep disorders, sexual dysfunction) 	<ul style="list-style-type: none"> Sleep-wake disorders Sexual dysfunctions Feeding and eating disorders
F60-69	<ul style="list-style-type: none"> Disorders of adult personality and behavior 	<ul style="list-style-type: none"> Gender dysphoria Disruptive, impulse control, and conduct disorders Personality disorders Paraphilic disorders

รหัสโรค	ICD-10	DSM-5
F70-F79	● Mental retardation	
F80-F89	● Disorders of psychological development	
F90-F98	● Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	● Other Conditions that may be a focus of clinical attention

หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

1) syndromal approach กลุ่มอาการ (syndrome) หมายถึง กลุ่มของอาการที่มักพบว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการดำเนินโรคหรือการพยากรณ์โรคที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือกลไกของความผิดปกติที่ชัดเจน

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่แล้วจะอิงลักษณะกลุ่มอาการของผู้ป่วย เนื่องจากสาเหตุของความผิดปกติมักประกอบด้วยหลายๆ ปัจจัยร่วมกันหรือบางโรคยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ตามหลักการนี้จะวินิจฉัยโรคโดยดูความผิดปกติในแง่ของกลุ่มอาการและการดำเนินโรคมกกว่าการหาอาการใดอาการหนึ่งที่เป็นอาการเจาะจงของโรค (pathognomonic symptom)

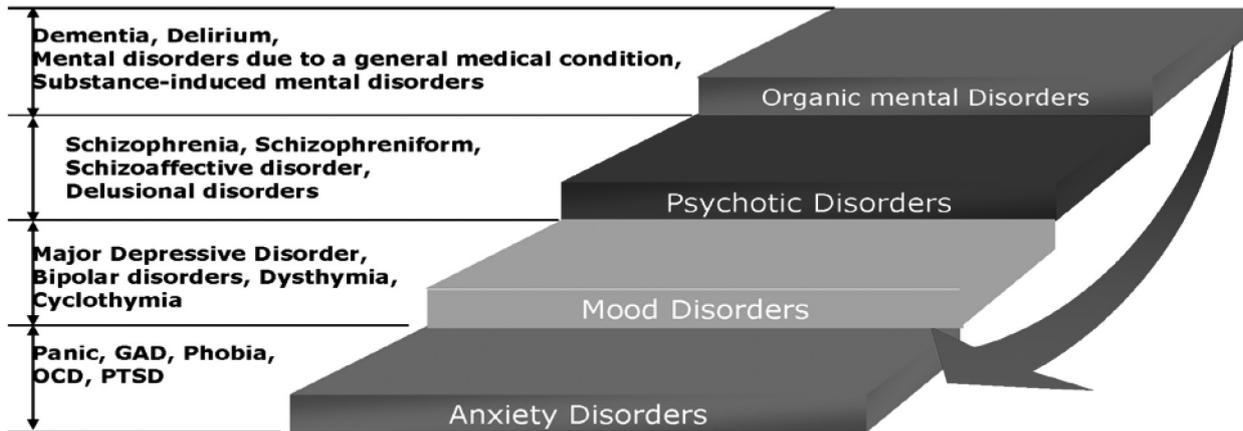
2) hierarchy principle เป็นการวินิจฉัยโรคโดยเรียงตามลำดับความครอบคลุมของอาการ ตามแนวคิดนี้โรคทางจิตเวชแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม ดังภาพแสดงด้านล่าง ซึ่งความผิดปกติกลุ่มต้นๆ หรือกลุ่มพื้นฐาน จะเป็นกลุ่มที่ทราบถึงสาเหตุทางกายภาพของความผิดปกติหรือเป็นจากความผิดปกติภายในตัวผู้ป่วย ส่วนกลุ่มท้ายๆ เป็นจากปัญหาภายนอกของโรคในกลุ่มต่อมาได้ กลุ่มท้ายๆ จะขาดอาการบางอาการที่เป็นลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคที่อยู่เหนือขึ้นไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยติดสุราแล้วหยุดกะทันหันจะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับที่พบใน anxiety disorders และบางครั้งอาจมีอาการสับสน เพื่อ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่มีใน anxiety disorders เป็นต้น

ตามหลักการนี้เชื่อว่า บางอาการที่สำคัญนั้นเป็นอาการที่อาจพบเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง หรือพบเกี่ยวโยงกันได้กับโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่า ซึ่งต้องให้ความสนใจสืบค้นว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นจากโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่าได้หรือไม่ เพื่อการรักษาจะได้แก้ไขปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่สุด

3) parsimony principle การวินิจฉัยจะพยายามมองอาการตลอดจนปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว มากกว่าการคิดว่าผู้ป่วยมีหลายๆ โรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยการอธิบายถึงการเกิดอาการหรือความสัมพันธ์ของอาการต่างๆ ให้ไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมักใช้หลักการ hierarchy ร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยในระยะหลังพบว่าผู้ป่วยอาจมีโรคหลายโรคร่วมกันได้และจะวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่พบหากผู้ป่วยมีอาการที่ชัดเจนตามเกณฑ์จริงๆ เราเรียกว่าโรคร่วม (comorbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นโรคหลักของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีโรคแพนิคเป็นโรคร่วมได้ หากมีอาการของโรคแพนิคครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย เป็นต้น

Hierarchy of Mental Disorders



ภาพ Hierarchy of Mental Disorders

อาการที่พบได้ทั่วไป (Common Symptoms)

โรค	Organic	Psychotic	Mood	Anxiety
เพ้อ/ สับสน (confusion)	√√	0	0	0
ภาพหลอน (Illusion)	√√	0	0	0
ประสาทหลอน (Hallucination)	√	√√ (AH)	+/-	0
หลงผิด (Delusion)	√	√√	+/-	0
ครื้นเครง (Mania)	√	√	√√	0
ซึมเศร้า (Depression)	√	√	√√	0
กลุ่มอาการทั่วไป (Vegetative symptoms)	√	√	√√	+/-
วิตกกังวล (Anxiety)	√	√	√	√√
อาการทางกาย (Somatic symptoms)	√	√	√	√√

(อ้างอิงโดย นายแพทย์ธิตินันท์ ธาณิรัตน์ กรมสุขภาพจิต)

แนวการวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยโรค ผู้วินิจฉัยควรระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ได้

1. อาการสำคัญ ใช้คำถามว่า ทำไมผู้ป่วยจึงต้องมาพบแพทย์ ณ เวลานี้ (Why now?)
2. อาการและอาการแสดง พยายามมองอาการย่อยๆ เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) แล้วเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยโรคที่มีอยู่
3. การดำเนินโรค ได้แก่ อาการนำ (prodrome) เหตุการณ์ระหว่างนั้น ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและอายุที่เริ่มป่วย (duration and age of onset) เป็นส่วนที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในกรณีที่บางโรคอาจมีอาการขณะพบแพทย์ (cross-sectional symptoms) คล้ายคลึงกัน หรือช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีอาการสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก

4. การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย แยกจากโรคที่เป็นจากความเจ็บป่วยทางกาย จากยาหรือสารเสพติด
5. การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชแยกจากโรคทางจิตเวชอื่นที่มีลักษณะกลุ่มอาการคล้ายคลึงกัน

ประเด็นหลักในการประเมิน

หลังจากพบผู้ป่วยแล้วผู้วินิจฉัยจะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เพื่อการวางแผนในการช่วยเหลือรักษาที่ครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรค โรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นเครื่องบ่งถึงแนวทางในการรักษา เช่น หากเป็นโรคจิตเภท การรักษาสำคัญคือการรักษาด้วยยา ขณะที่หากผู้ป่วยเป็น adjustment disorder การรักษาสำคัญคือการให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัด
2. ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (problem oriented) ปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลหรือให้ความสำคัญในบางครั้งอาจจะเป็นคนละประเด็นกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ นอนไม่หลับ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกังวลใจคืออาการปวดศีรษะ หากแพทย์มุ่งรักษาโรคซึมเศร้าโดยไม่สนใจรักษาบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วย อาจมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดครั้งต่อไป เนื่องจากอาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้น
3. ปัจจัยที่มีผลต่อโรค ควรมองทั้งปัจจัยด้านกาย จิต และสังคม ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเหล่านี้ ผู้ตรวจต้องเข้าใจผู้ป่วยในแง่ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย การปรับตัว ตลอดจนข้อดีข้อด้อยของผู้ป่วยและเข้าใจถึงผลกระทบของความกดดันต่างๆที่มีต่อผู้ป่วย
4. การรักษา การวางแผนการรักษาต้องมองให้ครอบคลุมการดูแลรักษาทั้งด้านกาย จิตและสังคม ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนจะเน้นหนักในแต่ละด้านแตกต่างกัน
5. การพยากรณ์โรค ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคคนนอกจากจะคำนึงถึงตัวโรคเองโดยตรงแล้ว ยังต้องคำนึงถึงบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษา การช่วยเหลือจากญาติและคนใกล้ชิด รวมถึงปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

อาการข้างเคียงจากยาการรักษาโรคทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction)

ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชอาจเกิดผลข้างเคียงได้หลายชนิดขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาการรักษาโรคทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ในแผนกฉุกเฉินที่พบได้ บ่อยๆ เช่น extrapyramidal symptoms, neuroleptic malignant syndrome, anticholinergic effects, hypotension, lithium toxicity ดังนั้นจึงควรทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ดังนี้

อาการข้างเคียง	การดูแลช่วยเหลือ
<p>1. Extrapyrarnidal Symptoms (EPS)</p> <p>1.1 Acute Dystonia</p> <p>ลักษณะอาการ คีรีชะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง (torticollis) คีรีชะ คอ ลำตัว แอ่นจนผิดปกติ (opisthotonus) ตาทั้งสองข้างจ้องเขม็งและเหลือกขึ้นไปข้างบน จนมองไม่เห็นตาดำ (occulgyric crisis) ลิ้นโต คับปากยื่นออกมา ขากรรไกรค้ำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้ จะเกิดได้ในระยะแรกที่ได้รับยา จะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น จะหายไปเมื่อใช้ยาแก้ (anti parkinson) และร่างกายจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ อาการดังกล่าวจะไม่มีอันตรายกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ ให้การดูแลเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
<p>1.2 Parkinsonian Syndrome</p> <p>ลักษณะอาการ มือสั่นขณะพัก (Resting Tremor) กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (bradydyskinesia) ท่าเดินแบบชอยเท้า (Shuffling gait) สีหน้าไร้อารมณ์ (masked face) น้ำลายไหลมาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับการรักษา ช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
<p>1.3 Akathisia</p> <p>ลักษณะอาการ ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายใจ ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมาอยู่หนึ่งไม่ได้ ย้ำเท้า ขาแขนสั่นและอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้เนื่องจากรู้สึกทรมานจากอาการเหล่านี้</p>	<ul style="list-style-type: none"> ให้ระวังการฆ่าตัวตาย ระวังอุบัติเหตุ
<p>2. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS)</p> <p>ลักษณะอาการ มีไข้สูง > 40 °C ชีพจรเร็วหรือช้า กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity) ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นผิดปกติ ซึมลง หหมดสติจนถึงขั้น coma</p>	<ul style="list-style-type: none"> วัด vital signs, heart rate ลดอุณหภูมิร่างกายโดยการเช็ดตัว ประเมิน conscious ป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง ให้การดูแลตามการรักษาของแพทย์ เช่น ให้ O₂ ใส่ endotracheal tube ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ

อาการข้างเคียง	การดูแลช่วยเหลือ
<p>3. Anticholinergic Effect ลักษณะอาการ ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ม่านตาขยาย ทำให้ตาพร่า</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● แนะนำให้จิบน้ำและบ้วนปากบ่อย ๆ หรือจิบน้ำมะนาว ● รายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะ ● แนะนำเรื่องอาหาร เช่น ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ การออกกำลังกาย ● ให้สวมแว่นกันแดดเวลาออกไปข้างนอก ● ป้องกันอุบัติเหตุจากการมองไม่ชัด
<p>4. Hypotension ลักษณะอาการ ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic hypotension) โดยเฉพาะในคนสูงอายุ ในยากลุ่มแก้อารมณ์เศร้า อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● แนะนำให้ค่อย ๆ เปลี่ยนท่า ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ขณะเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งให้ตะแคงก่อน และค่อยลุกช้าๆ - ขณะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืนให้ค่อยๆ ลุกช้าๆ ถ้ามีอาการหน้ามืดให้นั่งพักสักครู่ - ขณะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นท่านอนให้จับยึดให้แน่น ยืนนิ่งสักครู่ แล้วค่อยๆ ก้าวขาช้าๆ ● ควรวัดความดันโลหิตและถ้าความดันลดลงจากเดิม 20-30 mm Hg ควรรายงานแพทย์ ● ระวังอุบัติเหตุจากการมึนงง หรือหุ้อื้อ
<p>5. ภาวะเป็นพิษจากการใช้ Lithium ลักษณะอาการ อาการแสดงของภาวะเป็นพิษจาก lithium ในระยะแรก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย พุดไม่ชัด ซึมลง ง่วงนอน มือสั่นรุนแรง เมื่อภาวะเป็นพิษมากขึ้น อาการทางประสาทวิทยาจะเด่นชัดและผู้ป่วยเริ่มเดินเซ (ataxia) ชักและ coma ได้ ภาวะ dehydrate ทำให้เป็นพิษมากขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเนื่องจากภาวะ dehydrate ทำให้เป็นพิษมากขึ้น ● ระวังอุบัติเหตุ ● ให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยชัก หรือ coma ● คุ้ระดับ lithium ในเลือด มาตรฐานรักษา 0.6-1.4 / mEq/Liter ถ้าเกิน 1.5 เป็นพิษ



แบบสังเกต

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

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

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

การแปลผล:

มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน หรือหมด สติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดิ่งผม โขกศีรษะ กรีดตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและ การแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับ บาดเจ็บ เช่น ขีด เค็ด บวม เกิดบาดแผลกระดูกหัก หรือ เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะ ภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ตำค้ำหยาบคาย ใช้คำรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลัก หรือดิ่งผม ผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ตำผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อทรัพย์สิน	ทำ สิ่ง ของ แ ต ก หัก กระจัดกระจาย เช่น ทูบ กระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้างปา เตะ ทูบวัตถุหรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าว ของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม
เพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่ง
จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

เร่งด่วน (Urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อ
ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

ฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อ
ตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือรักษาต่อ

HN.....

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

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

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

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

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรด

รับไว้รักษาต่อเนื่อง ตรวจชั้นสูตร คুমสังเกต ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

.....

3. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

.....

7. รายละเอียดอื่นๆ.....

.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แจ้งความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง)

ลงชื่อ

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

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

จาก (โทรศัพท์

ถึง

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ

อายุ HN..... เลขที่บัตรประชาชน..... เพศ

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....
.....

2. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....
.....

3. การรักษา / การดำเนินการ.....

.....
.....

.....
.....

4. ขอให้ดำเนินการดังนี้

.....
.....

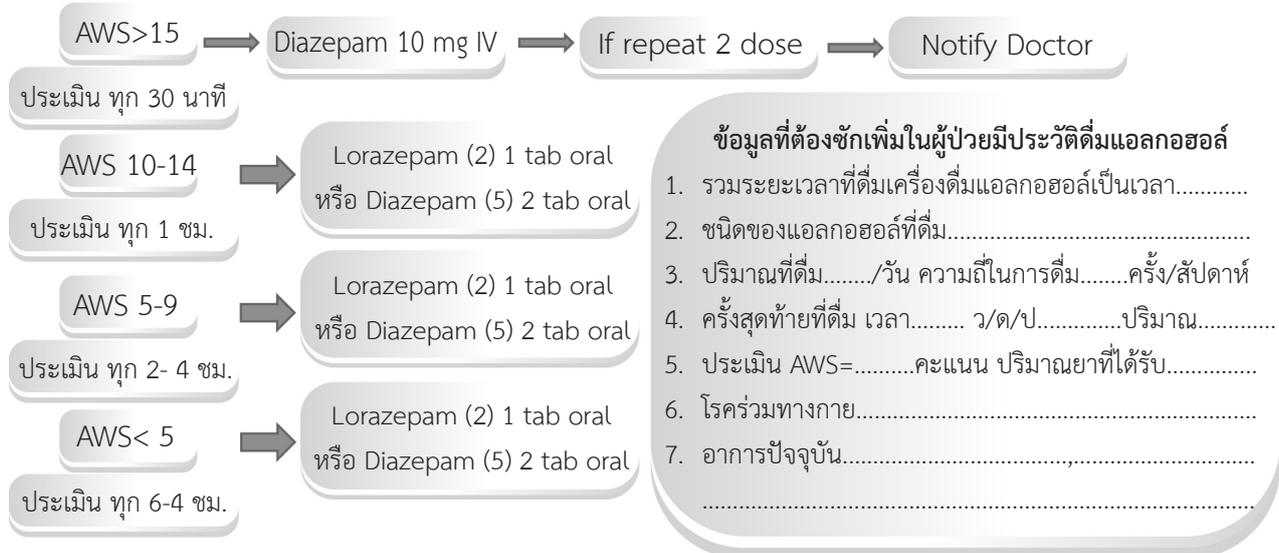
(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ข้อมูล

แบบประเมิน AWS (Alcohol Withdrawal Scale)

วัน/เวลา							
เหงื่อออก 0 ไม่มีอาการ 1 เฉพาะมือ 2 ใบหน้า/อก 3 ตลอดเวลา/ไม่มาก 4 เปียกเสื้อผ้าที่นอน							
สั่น 0 ไม่มีอาการ 1 เวลาจับของ 2 บางเวลา 3 ตลอดเวลา/ไม่มาก 4 ตลอดเวลา/มาก							
วิตกกังวล 0 ไม่มีอาการ 1 หลุกหลิก 2 ตกใจง่าย 3 หวาดกลัว 4 วิตกแบบควบคุมไม่ได้							
กระสับกระส่าย 0 ไม่มีอาการ 1 หงุดหงิด 2 ผุดลุกผุดนั่ง 3 นิ่งได้ช่วงสั้นๆ 4 วุ่นวายตลอดเวลา							
อุณหภูมิร่างกาย 0 ไม่มีอาการ 1 37.1-37.5 2 37.6-38.0 3 38.1-38.5 4 >38.5							
หูแว่วประสาทหลอน 0 ไม่มีอาการ 1 เห็น/ได้ยินครั้งคราว 2 ช่วงสั้นๆ 3 เกือบตลอดเวลา 4 ตลอดเวลา							
การรับรู้สถานที่ บุคคล เวลา 1 ไม่รู้เวลา 2 ไม่รู้เวลาสถานที่ 3 รับรู้เฉพาะบางคน 4 ตลอดเวลา							
รวม							
ยาที่ให้							

แนวทางการให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์



- ข้อมูลที่ต้องซักเพิ่มในผู้ป่วยมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์**
1. รวมระยะเวลาที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลา.....
 2. ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม.....
 3. ปริมาณที่ดื่ม...../วัน ความถี่ในการดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์
 4. ครั้งสุดท้ายที่ดื่ม เวลา..... ว/ด/ป.....ปริมาณ.....
 5. ประเมิน AWS=.....คะแนน ปริมาณยาที่ได้รับ.....
 6. โรคร่วมทางกาย.....
 7. อาการปัจจุบัน.....

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล..... อายุ..... ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

แหล่งที่มาของข้อมูล...(เช่น หนังสือส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ).....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

ประวัติความเจ็บป่วย (ถ้ามี).....

การตรวจทางร่างกาย.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

การตรวจสภาพจิต สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance)

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect).....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech).....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination).....

ความคิดหลงผิด (delusion).....

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control).....

.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide).....

.....

อื่นๆ.....

.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

ความเห็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

- มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (โปรดระบุสิ่งที่ตรวจพบและเหตุผล)
- เห็นควรส่งต่อสถานบำบัดรักษา (ระบุชื่อหน่วยงาน)
- ไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเบื้องต้น.....

.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ

หมายเหตุ ๑. การประเมินอาการเบื้องต้นดังกล่าวต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัด รักษา

๒. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ



แนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล

S3: Mental Health Emergency

คำจำกัดความ

บริการจิตเวชฉุกเฉิน คือ บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในภาวะเร่งด่วน ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมทำลายข้าวของ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น โดยจัดบริการเพื่อให้การดูแลภาวะจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อลดอาการรุนแรงของพฤติกรรมได้เบื้องต้น ตามความจำเป็น และสามารถจัดการอาการให้สงบลงได้ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง รวมถึงการส่งต่อหน่วยบริการเฉพาะทาง โดยประกอบด้วย การประเมินอาการเบื้องต้น การทำการวินิจฉัย ทำการดูแลรักษาเบื้องต้น การสื่อสาร การย้ายหรือผูกมัด ให้ส่งอาการก่อนนำส่ง รพ.เฉพาะทางไปแล้วเสร็จโดยไม่ชักช้าภายใน 48 ชม. นับตั้งแต่บุคคลนั้นมาถึงรพ. (พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551)

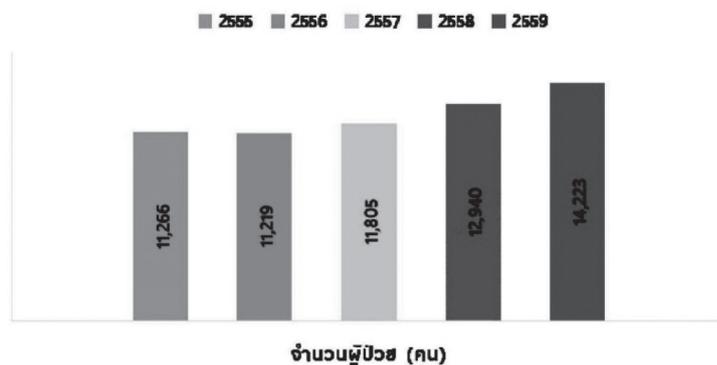
เป้าประสงค์ของการบริการ

เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น ลดความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

หลักการและเหตุผล

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 1 ใน 8 ของผู้ป่วยที่มีรับบริการที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเพิ่มขึ้น 15%

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอาการจิตประสาท ปี 2555-2559



ที่มา: Preliminary report ผู้ป่วยฉุกเฉินคัดกรอง/จิตประสาท/อารมณ์ กับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โรค/ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉินได้แก่

- Mental Health Triage
- Self-harm/ suicidal behavior or ideation
- Aggressive or threatening violence (agitated, angry)
- Confused or not making sense
- bizarre behavior, ideas or speech
- Sad, depressed, withdrawn or distressed
- Hyperactive, loud, grandiose or elevated mood
- Nervous, anxious, panicky or excessively worried
- Substance-related and addictive disorders

ประสิทธิภาพของการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ประกอบด้วย

- การฝึกอบรมบุคลากร
- มาตรฐานการจัดบริการทั้ง ด้านเครื่องมือ ยาฉุกเฉิน และสถานที่
- การจัดทำมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติในการดูแล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

S3: Mental Health Emergency (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

- มีการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์จิตแพทย์ นักจิตวิทยา
 - สื่อสารกับญาติและผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษา
- กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้แก่
- Safety คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย/ญาติ บุคลากรการแพทย์และผู้ป่วยอื่น
 - Assessment คือ Mental Health Assessment ควบคู่กับการประเมินทางกาย
 - Confirmation or Provisional Diagnosis คือการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
 - Consultation คือการปรึกษาจิตแพทย์ นักจิตวิทยา ตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ตามแต่ละสถานพยาบาล
 - Immediate Treatment คือการให้การรักษาภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

Transfer of Care คือการส่งต่อผู้ป่วยภายในสถานพยาบาล (Admit) หรือระหว่างสถานพยาบาล หรือ กระบวนการวางแผนการจำหน่าย

S3: Mental Health Emergency

Resource	สถานพยาบาล								
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	PCC	รพ.สต.
1.Skill/Service/System									
• Mental Health Triage	E	E	E	E	E	E	E	E	E
• Neuroleptic malignant syndrome	E	E	D	D	P	I	I	I	I
• Serotonin syndrome	E	E	D	D	P	I	I	I	I
• overdose and withdrawal from addicting substance	E	E	E	E	E	E	E	I	I
• Acute Psychosis	E	E	E	E	D	P	P	I	I
• suicidal attempt	E	E	E	E	D	P	P	I	I
• Acute anxiety	E	E	E	E	D	D	D	P	I
• จัดบริการจิตเวชเร่งด่วน Acute care ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด	E	E	E	E	D	D	P	P	I
• การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	D	D	P	P	P
• การเจรจาต่อรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	D	D	P	P	I
• การใช้ยาฉีดยาระยะสั้นเพื่อสงบพฤติกรรม	E	E	E	E	E	E	E	P	I
• การประเมินภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	E	E	E	P	I
• การประเมินและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	E	E	E	E	E
• การรักษาด้วยไฟฟ้า(ใช้ร่วมกับโรงพยาบาล)	D	D	I	I	I	I	I	I	I
• การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในโรงพยาบาลฝ่ายกาย	E	E	E	E	D	D	P	I	I
• มีระบบการประสาน/ให้คำปรึกษา/ขอรับคำปรึกษากับแผนกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	E	E	E	E	E
• มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับทีมจิตเวช(Mental Health Personnel)	E	E	E	E	D	D	D	D	D
• มีแนวปฏิบัติในการสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร	E	E	E	E	E	E	E	E	E
2. Staff									
• จิตแพทย์รับปรึกษา	E	E	D	I	I	I	I	I	I
• แพทย์ที่จบหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุนัขพิษพิษชุมชน (ทดแทนจิตแพทย์)	E	E	E	E	P	P	P	I	I
• แพทย์อบรมหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	D	D	I	I	I
• พยาบาลจิตเวชรับปรึกษา	E	E	E	E	P	P	I	I	I
• พยาบาลห้องฉุกเฉินที่ผ่านการอบรมหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	P	P	I	I	I
• เจ้าหน้าที่ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่อบรมการผูกมัด ส่งต่อผู้ป่วยหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน	E	E	E	E	E	E	E	E	E
3.Structure									
• ECT เครื่องรักษาด้วยไฟฟ้า(ใช้ร่วมกับโรงพยาบาล)	D	D	D	P	I	I	I	I	I
• ที่ผูกมัดเพื่อควบคุมพฤติกรรม	E	E	E	E	E	E	E	E	P
• มุมสงบและปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน	E	E	E	E	D	D	P	I	I

Resource Matrix: ชัดความสามารถการจัดบริการ

1. E=Essential หมายถึงต้องทำได้/ต้องมี
 - รายการหรือหัวข้อที่ถูกกำหนดให้เป็น “E” หมายถึงรายการที่สำคัญและจำเป็น ถ้าทำได้จะเพิ่มอัตราการรอดชีวิต รวมถึงเป็นรายการที่ Cost-Effective
 - การทำได้หมายถึงต้องมีบุคลากรและเครื่องมือที่**ทำได้และต้องทำได้ทุกครั้ง ทุกเวลาที่จำเป็น**
 - รายการหรือหัวข้อที่กำหนดให้เป็น “E” เป็นเป้าหมายอันดับแรกที่สถานพยาบาลต้องนำไปพัฒนาขีดความสามารถ
2. D=Desirable หมายถึงควรทำได้/ควรมี
 - รายการหรือหัวข้อที่ถูกกำหนดให้เป็น “D” หมายถึงรายการที่ทำได้แล้วจะเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตแต่ต้องมีการลงทุนเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะคุ้มค่า/ไม่คุ้มค่าในเครือข่ายห้องฉุกเฉิน
 - กรณีที่เครือข่ายมีข้อมูลสนับสนุนถึงความจำเป็นในการลงทุน เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก หรือผู้เสียชีวิตจำนวนมาก รายการหรือหัวข้อนั้นสามารถเปลี่ยนเป็น “E” ได้
 - รายการหรือหัวข้อที่กำหนดให้เป็น “D” เป็นเป้าหมายอันดับสองที่สถานพยาบาลต้องนำไปพัฒนาขีดความสามารถ
3. P=Probable หมายถึงน่าทำได้/น่ามี
 - รายการหรือหัวข้อที่ถูกกำหนดให้เป็น “P” หมายถึงน่าทำได้ ต้องลงทุนทรัพยากรสูง เช่น การฝึกอบรมครูภัณฑ์ ซึ่งอาจจะไม่คุ้มค่าในการลงทุน
 - รายการหรือหัวข้อที่กำหนดให้เป็น “P” ต้องลงทุนลงแรงในการพัฒนาสูง กรณีที่เครือข่ายได้พัฒนารายการหรือหัวข้อที่กำหนดให้เป็น E และ D ได้แล้ว จึงมาพิจารณาพัฒนารายการที่เป็น P
4. I=Irrelevant หมายถึง ไม่จำเป็นต้องทำได้
 - รายการหรือหัวข้อที่ถูกกำหนดให้เป็น “I” หมายถึง ไม่จำเป็นต้องทำได้

ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

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

-  สิทธิผู้ป่วย
 - ต้องได้รับการรักษา
 - ต้องได้รับการคุ้มครอง
-  มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
-  ผู้ปฏิบัติได้รับการคุ้มครอง

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสังคมจากผู้มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษา และการคุ้มครอง โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็ได้รับการคุ้มครองด้วย

บุคคลที่มีความผิดปกติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้แก่บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

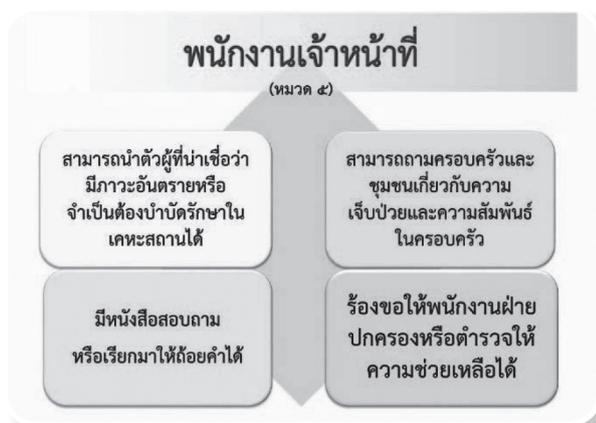
1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตที่น่าก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา คือ ผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตรายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เข้าใจแผนการบำบัดรักษา รวมถึงไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิเสธการบำบัดรักษาของแพทย์

ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

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

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

อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่



1. สามารถนำตัวผู้ที่น่าเชื่อว่ามีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา จากในเคหสถานได้ เนื่องจากการรอกหมายศาลจะเป็นการขัดต่อการนำตัวส่งและนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาใกล้เคียง

2. สามารถซักถามครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น

3. มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใดๆ มาให้ถ้อยคำได้เพื่อตรวจสอบ หรือเพื่อประกอบการพิจารณา ร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจให้ความช่วยเหลือได้

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา



ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน เป็นประธานกรรมการ แพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักกฎหมาย 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 1 คน เป็นกรรมการ

บทบาทหน้าที่

1. ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด
2. พิจารณาความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและผลการบำบัดรักษา

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551



1. การวินิจฉัยอาการเบื้องต้น

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาให้ ดำเนินการดังนี้

- 1.1 แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นว่ามีภาวะอันตรายหรือไม่
- 1.2 บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (แบบ ตจ.1) ไม่เกิน 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง โดยสามารถแบ่งผลการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น ไม่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้นำตัว/ ส่งตัวผู้ป่วยกลับ โดยแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่หรือญาติ

กรณีที่ 2 ผลการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้ดำเนินการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด พร้อมพิจารณาวิธีการบำบัดรักษาหรือส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา

2. การวินิจฉัยอาการโดยละเอียด

กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้ดำเนินการดังนี้

- 2.1 ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจรักษาและประเมินอาการโดยละเอียด ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่ได้รับตัวบุคคลนั้นไว้
- 2.2 บันทึกข้อมูลลงในแบบการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.2)
- 2.3 ออกคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาตามคำสั่ง คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.3) หรือส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเมื่อไม่มีภาวะอันตราย



คณะที่ปรึกษาจิตตัมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมพัฒนา และคณะทำงาน

คณะที่ปรึกษาจิตตัมศักดิ์

นพ.วิวัฒน์	ยถาภูตานนท์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
น.ต.นพ.บุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

คณะผู้เชี่ยวชาญ

พญ.ปัทมา	ศิริเวช	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
พญ.พันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบุลย์	ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์
นพ.บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.มันทนา	กิตติพิรัชล	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
นางเสาวลักษณ์	สุวรรณไมตรี	รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางสาวชนิกรรดา	ไทยสังคม	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

รายนามผู้ร่วมพัฒนา ระยะที่ 1

นางสาวธนิษานต์	เชื่อนดิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน
นางรัชดาวรรณ	จำหมื่นไวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นางสาวพรชนิตา	แก้วเปี้ย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นายปกป้อง	อาริยะ	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลจอมทอง
นางต้องจิตร์	ลันโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
นางจุฑามาศ	วังทะพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม
นางกชมล	อติเทพสถิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
นางสาวเขมิภาญจน์	ไพฑูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางสุนันทา	เศรษฐวิชรานิช	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยะลา
นางเพ็ญศรี	อมิตเดช	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
นายกิติพัฒน์	ชัชวาลย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลย
นางจุฑามณี	แก้วเขียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร
นางสาวอาภาพรรณ	มณีรัศยากร	นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพุทธโสธร
นางสาววรรณภัสสร	อภิพัฒน์บุญรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี
นางกาญจนา	อ่อนน่วม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสระบุรี

นายคมสันต์	สนเรือน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
นางสาวกมลวรรณ	สุนทรรุจิ	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
นางสาวอัญชลี	สิงห์สังเวียน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านหมี่
นางสุภาภรณ์	ไชยววรรณ	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
นางเกศินี	เชื้อสะอาด	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย
นางสาววสันต์	สวยสมเรียม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ
นางวิรวรรณ	ประยูรสวัสดิ์เดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่
นางสาวพัชรี	พร้อมมูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่
นางรัตนา	ศิโรตม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตะกั่วป่า
นางณัฐิยา	ชมภูบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางสาวอภัสสา	เหล่าทะนันท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นางเพ็ญสุดา	ไชยเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางทิพย์สมัย	ทนายะรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง
นางเพลิน	เสียงโชคอยู่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวกนกวรรณ	บุญอริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวอัญชลี	ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวสาวิตรี	แสงสว่าง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นายชนิษฐ์	วรรณชนกานต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวนุชนาด	เมฆสีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสุชญา	ปुरुณ์ปวีตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวกัณฑวรรณ	มากวิจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสาวสุวดี	วงษ์พนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นางสาวสุชญา	ทองดีเลิศ	นักสังคมสงเคราะห์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
นางสาวประดับ	เวทย์ไชยวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

นางสาวสุธัญญา	ทูทน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วนครินทร์
นางสาวชุตติมา	นาควิสุทธิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนนครินทร์
นางสาวจินตนา	กันทงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

รายนามผู้ร่วมพัฒนา ระยะที่ 2

นางสาวธนิกานต์	เชื่อนดิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน
นางรัชดาวรรณ	จำหมื่นไวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นางสาวพรชนิตา	แก้วเปี้ย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นายปกป้อง	อาริยะ	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลจอมทอง
นางต้องจิตร์	ลันโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
นางจุฑามาศ	วังทะพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม
นางกชมล	อติเทพสถิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
นางสาวเขมิกาญจน์	ไพฑูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางสุนันทา	เศรษฐวิษรวิช	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยะลา
นางจุฑามณี	แก้วเขียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร
นางสาวอาภาพรรณ	มณีรัศยากร	นักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพุทธโสธร
นางสาววรรณภัสสร	อภิพัฒน์บุญรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี
นางกาญจนา	อ่อนน่วม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสระบุรี
นายคมสันต์	สนเรือน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
นางสาวกมลวรรณ	สุนทรรุจิ	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
นางเกศินี	เชื้อสะอาด	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย
นางสายสัมพันธ์	สวยสมเรียม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ
นางวิราวรรณ	ประยูรสวัสดิ์เดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่
นางสาวพัชรี	พร้อมมูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่
นางรัตนา	ศิโรตม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตะกั่วป่า
นางณัฐิยา	ชมภูบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นางสาวอภัสฎา	เหล่าทะนนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนนครินทร์

นางเพ็ญสุดา	ไชยเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์
นางทิพย์สมัย	ทนายรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสาวชุตินา	นาควิสุทธิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นางสาวอัญชลี	ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวสุธัญญา	ทุทน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วนครินทร์
นายชนินธุ์	วรรณธนกานต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวนุชนาถ	เมฆสีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสุชญา	ปुरुณปวีตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางสาวกัณตวรรณ	มากวิจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสาวสุวดี	วงษ์พนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นางสาวสุชญา	ทองดีเลิศ	นักสังคมสงเคราะห์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
นางสาวประณีต	ชุ่มพุทรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

รายนามผู้ร่วมพัฒนา ระยะที่ 3

นางสาวเขมิกาญจน์	ไพฑูรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางสุภาภรณ์	ไชยวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
นางรัตนา	ศิโรตม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตะกั่วป่า
นางสาวมาลินี	ปรีชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระนอง
นางสาวนงลักษณ์	วรลักษณ์นันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากลี
นายปกป้อง	อาริยะ	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลจอมทอง
นางรัชดาวรรณ	จำหมื่นไวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
นางกัลยา	แก้วอินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี
นางสาวงามตา	อักษรไพโร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นางอรณี	แถมสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์
นางสาววสันต์	สวยสมเรียม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ
นางสาววรรณศิริ	เหรียญทอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบึงกาฬ
นางต้องจิตร	ลันโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

นางสาวนิลเนตร	เพชรวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
นางจิรารัตน์	ตรงดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส
นายกายสิทธิ์	จันทะบาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส
พญ.จตุพร	เดินทานาม	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร
นางพิณณัฐ	ศรีหรรษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร
นางสาวอารณีย์	สุวรรณเกษญาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นายธวัชชัย	สาจ้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์
นางสาวเกษสุตา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
นายณภัทร	วรากรอมรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
นางบรรณวิษุทธิ์	เพชรสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางสุชญา	ปुरुณปวีตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รายนามคณะทำงานกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

นางสาวอุษา	ลิ้มซั่ว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
นางสาวชิดชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นายวีร์	เมฆวิไลย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
นางสาวพัชรินทร์	ศิริวิสุทธิรัตน์	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
นางสาวชลลดา	จารุศิริชัยกุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางพัทธนันท์	สอนวงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
นางสาวชฎิภรณ์	เสียงล้ำ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวนาเรีรัตน์	พิศหนองแขง	นักวิชาการสาธารณสุข
ว่าที่ ร.อ.กฤตเมธ	ตุ้มฉวย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
นายวีระยุทธ	มายูศิริ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
นางณัฐินี	พลถาวร	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
นางสาวมณัญญา	เหรียญตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นางสาววรารภรณ์	อุทธารนิช	เจ้าพนักงานพิมพ์ ส.3
นางสาวภรณ์ทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป
นางสาวณิชามา	รัตนจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวชีวานันท์	เกาทันต์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH