

คู่มือวิทยากรหลักสูตร  
การเข้าถึงบริการ  
และดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข



กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือวิทยากรหลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต  
สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข  
ฉบับปรับปรุง 2560



กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข

## คู่มือวิทยากรหลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข  
ฉบับปรับปรุง 2560

### จัดทำพิมพ์ เผยแพร่และสงวนลิขสิทธิ์โดย

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1	: มกราคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	300 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2	: สิงหาคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	250 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 3	: ธันวาคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	500 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 4	: ธันวาคม 2558	จำนวนที่พิมพ์	500 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 5	: สิงหาคม 2559	จำนวนที่พิมพ์	300 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 6	: กันยายน 2560	จำนวนที่พิมพ์	300 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท ดินาตุ มีเดีย พลัส จำกัด

## คำนำ

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

กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิต ระหว่าง ปี 2554-2555 โดยได้นำแนวทางโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทย และทดลองนำร่องในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งได้ผลเป็นน่าพอใจ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตจึงได้เริ่มกำหนดพื้นที่นำร่องในปีงบประมาณ 2557 และขยายผลให้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2560 โดยความร่วมมือกับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบเขตสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรมสุขภาพจิต โดยสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข” นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต และเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้เกิดคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนต่อไป

น.ต.



(บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
คำชี้แจง	ค
แผนการสอนที่ 1 ทักษะคิดและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต	1
แผนการสอนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต	23
แผนการสอนที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรอง และให้สุขภาพจิตศึกษา	33
แผนการสอนที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น	55
แผนการสอนที่ 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต	61
แผนการสอนที่ 6 การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	75
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	
• ตัวอย่างยารักษาอาการทางจิต	107
• แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ	114
• แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	115
• แบบคัดกรองโรคจิต	116
• แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	118
• แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	121
• แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือรักษาต่อ	123
• แบบประเมินก่อนและหลังการอบรม	125
• รายชื่อที่ปรึกษา วิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุมและคณะทำงาน	128

## คำชี้แจง

คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข พัฒนาขึ้นโดยใช้ฐานองค์ความรู้จากโครงการลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อให้พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างครบวงจร คู่มือวิทยากรหลักสูตรนี้ มีแผนการสอนทั้งสิ้น 6 แผนการสอน กระบวนการฝึกอบรมมีทั้งภาคทฤษฎี ประกอบด้วย การบรรยาย การชมวิดีโอทัศน์ กรณีศึกษา การแบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย และภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การสาธิตและการแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติ

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต สามารถถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้แก่พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตสุขภาพได้ ซึ่งวัตถุประสงค์ในแต่ละแผนการสอน มีดังนี้

#### แผนการสอนที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรสามารถสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม

#### แผนการสอนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและ บทบาทของสหวิชาชีพ

#### แผนการสอนที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้ทักษะ ในประเด็น ดังนี้

1. การค้นหา การคัดกรอง และการประเมินระดับความรุนแรงอาการโรคจิตในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีอาการโรคจิตได้อย่างถูกต้อง
2. การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง

#### แผนการสอนที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ ในประเด็น ดังนี้

1. การรักษาโรคจิตเภทด้วยยา
2. ผลข้างเคียงของยา
3. การช่วยเหลือเบื้องต้น

### แผนการสอนที่ 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

### แผนการสอนที่ 6 การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะ ในประเด็น ดังนี้

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

## 2. แผนการสอน ประกอบด้วย ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนี้

### 2.1 ภาคทฤษฎี ประกอบด้วย 6 แผนการสอน ดังนี้

แผนการสอนที่ 1 ทศนคติและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต

แผนการสอนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

แผนการสอนที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา

แผนการสอนที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

แผนการสอนที่ 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

แผนการสอนที่ 6 การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

### 2.2 ภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติ 4 เรื่อง ดังนี้

- การคัดกรองโรคจิต
- การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา
- การใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
- การใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

### 3. ระยะเวลาในการอบรม

3.1 หลักสูตรสำหรับวิทยากร ใช้ระยะเวลา 3 วัน ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 2 วันและการฝึกซ้อมสอน (micro-teaching) 1 วัน

3.2 หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ใช้ระยะเวลา 2 วัน ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี แบ่งกลุ่มย่อยอภิปรายและฝึกปฏิบัติ

### 4. คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

4.1 คุณสมบัติสำหรับหลักสูตรวิทยากร มีดังนี้

- พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต

- พยาบาลปริญญาโท ในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากร

- นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากร

- สามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

4.2 คุณสมบัติสำหรับหลักสูตรผู้ปฏิบัติงาน มีดังนี้

- พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

- สามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

### 5. วิธีการฝึกอบรม

5.1 การบรรยาย

5.2 การสาธิต

5.3 ชมวีดิทัศน์กรณีศึกษา

5.4 การแบ่งกลุ่มย่อยอภิปราย

5.5 การฝึกปฏิบัติ

### 6. สื่อ/อุปกรณ์

6.1 คู่มือวิทยากรฯ/คู่มือผู้เข้าอบรม

6.2 คอมพิวเตอร์ (สามารถใช้กับ CD/ DVD ได้)

6.3 เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ (LCD)

6.4 กระดาษ Flip chart และปากกา

6.5 แผ่น CD/ DVD กรณีศึกษา

## หลักสูตรสำหรับวิทยากร

## ตารางการอบรมวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

ว.ด.ป.	เช้า			บ่าย	
วันที่ 1	พิธีเปิด การประชุม	ชี้แจงภาพรวม แผนการสอน  (1 ชม.)	แผนการสอนที่ 1 ทัศนคติและ องค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต - พบ.สุขภาพจิต  (2 ชม.)	แผนการสอนที่ 2 ระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคจิต  (1 ชม.)	แผนการสอนที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผล การคัดกรองและ ให้สุขภาพจิตศึกษา  (2 ชม.)
วันที่ 2	แผนการสอนที่ 4 ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือ เบื้องต้น  (1 ชม.)	แผนการสอนที่ 5 แนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วยโรคจิต  (1 ชม.)	แผนการสอนที่ 6 การเฝ้าระวัง การกลับเป็นซ้ำ และติดตามดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย โรคจิตในชุมชน  (1 ชม.)	ฝึกซ้อมสอน (micro-teaching)  (3 ชม.)	
วันที่ 3	ฝึกซ้อมสอน (micro-teaching)  (3 ชม.)			แนวทางการ ดำเนินงานและ การประเมินผล  (2 ชม.)	ปิดการประชุม

**หลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน**

**ตารางการอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข**

ว.ด.ป.	เช้า		บ่าย		
วันที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะคิดและองค์ความรู้เรื่องโรคจิต</li> <li>- พรบ.สุขภาพจิต</li> </ul> <p>(2 ชม.)</p>	<p>ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>(1 ชม.)</p>	<p>การคัดกรอง</p> <p>การแจ้ง</p> <p>ผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>(1 ชม. 30 นาที)</p>	<p><b>ฝึกปฏิบัติ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรอง</li> <li>- การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</li> </ul> <p>(2 ชม.)</p>	
วันที่ 2	<p>ยาจิตเวชและผลข้างเคียงของยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>(1 ชม. 30 นาที)</p>	<p>แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>(1 ชม. 30 นาที)</p>	<p>การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</p> <p>(1 ชม.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> <li>- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</li> </ul> <p>(1 ชม.)</p>	<p>อภิปราย</p> <p>ซักถามและปิดการประชุม</p>

**7. การประเมินผลการฝึกอบรม**

7.1 ประเมินระหว่างฝึกอบรมโดยการสังเกต การซักถามและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

7.2 ประเมินผลก่อนและหลังการอบรม (Pre - Post test)

## 8. วัตถุประสงค์ประกอบการฝึกอบรม

บทที่	ชื่อเรื่อง	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์
1	เรื่องราวของคุณสมจิตคุณสุมาลี	10 นาที	เพื่อปรับทัศนคติผู้เข้ารับการอบรม
3	การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต/ เมื่อลูกของเราเปลี่ยนไป (น้องฟ้า)	10 นาที	- เพื่อให้เข้าใจ พุดคุยปรับทัศนคติและคัดกรอง แจ้งผลได้
	การให้สุขภาพจิตศึกษา	16 นาที	- เพื่อรู้จักอาการและอาการแสดงออกของโรคจิต
	การให้สุขภาพจิตศึกษา	10 นาที	เพื่อให้ความรู้และสามารถทำสุขภาพจิตศึกษาได้
4	การติดตามผลการรักษาและการขาดยา	10 นาที	เพื่อให้สามารถติดตามการรักษาจากการขาดยา

## แผนการสอนที่ 1

### ทัศนคติและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต

(เวลา 2 ชั่วโมง)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะให้แก่พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยโรคจิตในเขตสุขภาพได้

#### เนื้อหาสาระ

1. ความเชื่อ ทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต
  - สถานการณ์
  - นิยาม/ความหมายของโรคจิต
  - อาการและประเภทโรคจิต
  - การจำแนกและวินิจฉัยโรคจิตเภท
  - สาเหตุของโรคจิตเภท
  - กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท
  - การดำเนินโรคจิตเภท
  - ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภท
  - เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท
  - โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท
  - วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (ยา, ECT, Psychotherapy)
3. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต
  - หลักการของ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต
  - ลักษณะของผู้ป่วยตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต
  - แนวทางปฏิบัติในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษา
  - แนวทางปฏิบัติในการบำบัดรักษาผู้ป่วย
  - Case ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 5 นาที	1. วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า “ท่านทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคจิต หรือเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคจิตว่าเป็นอย่างไร?”	
กลุ่มย่อย 5-6 คน เวลา 35 นาที	2. วิทยากรเปิดวิดีโอทัศนศึกษา เรื่องราวของคุณสมจิตคุณสมมาลี แบ่งกลุ่มย่อย ให้อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยการตอบคำถามตามใบงาน 1 ดังนี้ - อาการของผู้ป่วยคืออะไร - ครอบครัวทำอะไรบ้างกับผู้ป่วย - คนในชุมชนมีความรู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วย - การทำงานเป็นทีมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต - การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากนั้นวิทยากรสรุปความเชื่อ ทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต ตามใบความรู้ 1	- วิดีทัศน์ ทัศนศึกษา เรื่องราวของคุณสมจิตคุณสมมาลี (10 นาที) - ใบงาน 1  ใบความรู้ 1
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	3. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า “ท่านพบเห็นใครบ้างที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยจากโรคจิตและใครที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต” ตามใบงาน 2 และสรุปตามใบความรู้ 2	- ใบงาน 2 - ใบความรู้ 2
กลุ่มใหญ่ เวลา 30 นาที	4. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ 3 ในประเด็นดังนี้ - ทำไมโรคจิตจึงสำคัญต่อบุคลากรสุขภาพและคนในชุมชน - ความหมายของโรคจิต - อาการของโรคจิต - สาเหตุของโรคจิตเภท - การดำเนินโรคของโรคจิตเภท	ใบความรู้ 3
กลุ่มใหญ่ เวลา 30 นาที	5. วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ตามใบความรู้ 4 และสรุป อภิปราย ซักถาม	ใบความรู้ 4

<div data-bbox="229 271 689 591" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  <p><b>แผนการสอนที่ 1</b> <b>ทัศนคติและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต</b></p> </div>	<div data-bbox="938 371 1362 465" style="text-align: center;"> <p><b>แผนการสอนที่ 1</b> <b>ทัศนคติและองค์ความรู้ เรื่อง โรคจิต</b></p> </div>
<div data-bbox="161 698 759 1128" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่านเคยพบเห็นหรือรู้จักคนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่ ?</li> <li>2. โรคจิตในความคิดท่านคืออะไร ?</li> <li>3. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต ?</li> </ol> </div>	<p>วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงการรับรู้ หรือ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ความเข้าใจของผู้เข้า อบรมและให้ผู้เข้าอบรมจับคู่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตามประเด็น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านเคยพบเห็นหรือรู้จักคนที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่ ?</li> <li>- โรคจิตในความคิดท่านคืออะไร ?</li> <li>- ท่านรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยโรคจิต ?</li> </ul> <p>หลังจากนั้นเปิดวิดีโอทัศน์ เรื่องราวของคุณสมจิตคุณสมมาลี</p>
<div data-bbox="161 1258 759 1715" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div data-bbox="172 1274 225 1346" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>ใบงาน 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่านได้อินได้เห็นอะไรบ้างจากวิดีโอทัศน์กรณีศึกษาเรื่องราวของคุณสมจิต คุณสมมาลี ? โดยให้สรุปประเด็นต่อไปนี้ : <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการ</li> <li>- การรักษา</li> <li>- ความสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน</li> <li>- การทำงานเป็นทีมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>- การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย</li> </ul> </li> <li>2. ท่านพบเห็นใครบ้างที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากวิดีโอทัศน์</li> <li>- ประสบการณ์ที่เคยพบ หรือจากคำบอกเล่าที่เคยได้ยินได้ฟัง</li> </ul> </li> <li>3. ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร ?</li> </ol> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรม 5 – 6 คน ให้แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นตามใบงาน 1</li> <li>- วิทยากรสรุป ความเชื่อ ทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตหากได้รับการรักษาเร็วและต่อเนื่องมีโอกาส หายได้ แม้บางรายจะเรื้อรังแต่ก็สามารถควบคุมอาการของ ผู้ป่วยให้เป็นปกติได้ ผู้ป่วยโรคจิตมีโอกาที่จะก่อให้เกิด ปัญหาแก่ครอบครัวหรือสังคมได้ หากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ ดีพอ ดังนั้น พยาบาลที่มีความเข้าใจ และมีความมั่นใจใน กระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคจิต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมี ความสุขตามสมควร</li> </ul>



ท่านได้เห็นได้ยินอะไรบ้างจาก.....วีดิทัศน์ /กรณีศึกษา

## ใบความรู้ 1

“ท่านได้เห็นได้ยินอะไรบ้างจาก.....วีดิทัศน์/กรณีศึกษา”

โดยวิทยากรคิดว่าได้ประเด็นดังต่อไปนี้หรือไม่

### 1. อาการของผู้ป่วยคืออะไร

**คุณสมจิต** มีอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะอาละวาด ถอดเสื้อผ้าวิ่งไปเรื่อยเปื่อย ทำร้ายชีวิตเปิด ไม้ สุนัข

**คุณสุมาลี** มีอาการพูดจาก้าวร้าวด่าทอคนรอบข้าง ทำร้ายบิดามารดา

### 2. ความสำคัญของการรักษาและดูแลต่อเนื่อง

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตไม่เพียงแต่การควบคุมอาการเท่านั้น แต่ต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของอาการและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกลับเป็นซ้ำคือ การได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการกินยาอย่างสม่ำเสมอและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

### 3. สัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน

**ครอบครัว** ทำอย่างไรบ้างกับผู้ป่วย

**ครอบครัวคุณสมจิต** ล่ามโซ่เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย

**ครอบครัวคุณสุมาลี** ไม่มีความรู้และยากจน ทำให้การรักษาของคุณสุมาลีไม่ต่อเนื่อง

**คนในชุมชน** มีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยทั้งสองคน

พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางบวก ด้วยความรัก ความเมตตา ความสงสาร ต้องการให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดี

แต่ความรู้สึกทางลบก็มี เช่น ความหวาดกลัว ความรู้สึกไม่มั่นใจในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เรากำลังมาทำความเข้าใจว่าโรคจิตมันคืออะไร มันน่ากลัวจริงหรือ และจะดูแลพวกเขาอย่างไรให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 4. การทำงานเป็นทีมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วย

โรคจิต โดยเฉพาะชุมชนที่มองเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้โอกาส เช่น คุณสุมาลีได้รับการฟื้นฟูทางอาชีพ โดยเจ้าของร้านอาหาร หรือการประสานงานขอเบี้ยยังชีพความพิการแก่คุณสมจิต



## 5. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

จากนั้นวิทยากรสรุป และให้ผู้เข้าอบรมสะท้อนความคิดด้วยการตอบคำถาม

### ใบความรู้ 2

**“ท่านพบเห็นใครบ้างที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต”**

- จากการดูวิดีโอทัศน์
- ประสบการณ์ที่เคยพบหรือจากคำบอกเล่าที่เคยได้ยินได้ฟัง

จากนั้นวิทยากรสรุปใครบ้างที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จนี้ คนที่เคยป่วยโรคจิต คำว่าผู้ป่วยมักจะถูกใช้เวลาเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ถ้าอยู่ในชุมชน พวกเขา คือ มนุษย์ที่มีโรคจิตร่วมด้วยเพียงเท่านั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ได้แก่

**จิตอาสา** เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำหมู่บ้าน (อพม.) อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)

**บุคลากรสุขภาพ** ตั้งแต่หน่วยใกล้บ้านที่สุด คือ สถานีอนามัย (สอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลจังหวัด (รพท.) โรงพยาบาลจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) แกนนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การบริหารส่วนเทศบาล(อบท.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

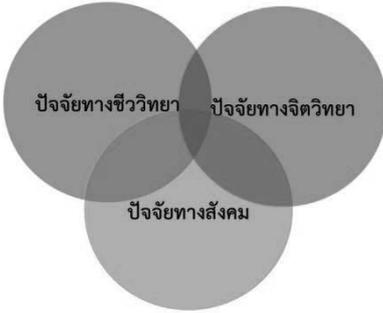
**แกนนำชุมชน** ทั้งที่เป็นทางการ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และไม่เป็นทางการ เช่น ปราชญ์ท้องถิ่น ผู้นำทางจิตวิญญาณ (พระ ไต้อีหม่าม ฯลฯ)

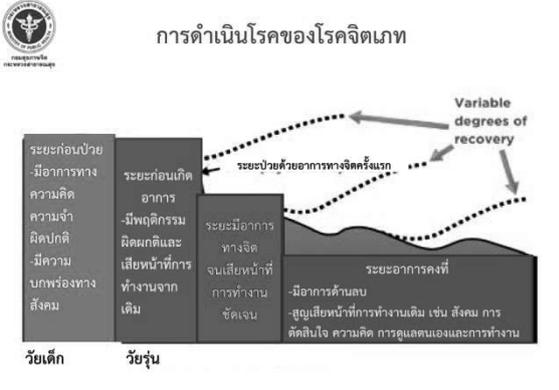
**หน่วยงานอื่นๆ** ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) ตำรวจ สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักทะเบียนราษฎร เป็นต้น

<div data-bbox="159 280 753 705" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <div style="text-align: center;">  <p>“ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร?”</p> </div> </div>	<p><b>3. “ท่านจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตได้อย่างไร?”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิต</li> <li>- ความเท่าเทียมและยอมรับในความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่มองเป็นเพียงคนป่วยหรือผู้ป่วยจากภาพลักษณ์ที่เห็น แต่ต้องมองผ่านความเจ็บป่วยสู่เบื้องหลังพวกเขาที่ดำรงความเป็นมนุษย์เฉกเช่นเดียวกันกับเราทุกคน</li> <li>- การให้โอกาสใช้ชีวิตด้วยกันในครอบครัวและชุมชน</li> <li>- การให้กำลังใจ</li> <li>- การเข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการค้นหาคัดกรอง การประเมินและวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะการติดตามต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน</li> <li>- การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> </ul>
<div data-bbox="159 996 753 1467" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p>ทำไมโรคจิตจึงสำคัญกับบุคลากรสุขภาพและคนในชุมชน ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความชุก</li> <li>2. ผลกระทบ             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ผลกระทบต่อตนเอง</li> <li>• ผลกระทบต่อครอบครัว</li> <li>• ผลกระทบต่อสังคม</li> </ul> </li> </ol> </div>	<p style="text-align: center;"><b>ใบความรู้ 3</b></p> <p><b>ทำไมโรคจิตจึงสำคัญต่อบุคลากรสุขภาพและคนในชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>ความชุก</b> การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทย ปี 2552 พบว่า ความชุกโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 1.2 หรือราว 580,000 คน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากทุกโรงพยาบาล หน่วยงาน ทบวง กรม ในปีเดียวกัน พบเพียง 390,000 คน แสดงให้เห็นถึงช่องทางการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตที่ยังคงมีอยู่กว่า ร้อยละ 33 (และในปีงบประมาณ 2560 พบค่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 72.21)</li> <li>2. <b>ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ สูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตกงาน การสูญเสียเงินหรือรายได้ที่ลดลง การถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ขาดโอกาสการมีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>- ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ การเป็นภาระในการดูแล ทำให้ต้องเสียเวลาประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่ายา เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ ขาดภาษีรายได้จากผู้ป่วยโรคจิต (กรณีไม่ได้ทำงาน) สังคมได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย</li> </ul> </li> </ol>

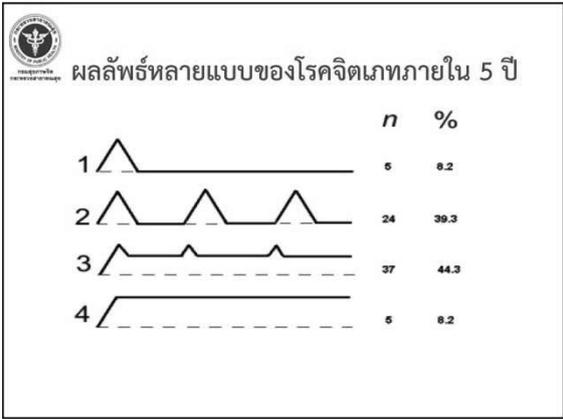
<div data-bbox="175 280 247 358"></div> <p data-bbox="343 331 566 362"><b>ความหมายของโรคจิต</b></p> <p data-bbox="199 369 726 510">โรคจิต เป็นความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วยอาการทั่วไป 3 ประการ คือ</p> <ol data-bbox="279 515 646 616" style="list-style-type: none"><li>1) บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป</li><li>2) ไม่อยู่ในโลกของความจริง</li><li>3) ไม่รู้สภาวะตนเอง</li></ol>	<p data-bbox="1013 280 1268 313"><b>ความหมายของโรคจิต</b></p> <p data-bbox="798 324 1476 526"><b>โรคจิต</b> เป็นความผิดปกติของจิตใจ ซึ่งการทำงานของจิตใจเสียหน้าที่ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติ ประกอบด้วย อาการทั่วไป 3 ประการ คือ</p> <ol data-bbox="798 548 1476 985" style="list-style-type: none"><li>1) <b>บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป</b> เช่น เคยเป็นคนสะอาดและสุขภาพ ก็เปลี่ยนเป็นสกปรกและหยาบคาย เคยเป็นคนพูดน้อยก็กลายเป็นพูดไม่หยุด ฯลฯ</li><li>2) <b>ไม่อยู่ในโลกของความจริง</b> เช่น มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงคนด่าตลอดเวลา ทั้งๆที่ในขณะนั้นไม่มีใครด่าเขาเลย หลงผิดว่ามีคนคิดร้ายและกำลังตามฆ่าเขา</li><li>3) <b>ไม่รู้สภาวะตนเอง</b> เช่น ไม่รู้ว่าตนเองกำลังป่วยจึงขัดขืน ไม่ยอมไปพบแพทย์ การขัดขืนบางครั้งรุนแรงจนถึงกับใช้กำลัง</li></ol>
<div data-bbox="175 1108 247 1187"></div> <p data-bbox="263 1160 662 1193"><b>สรุป อาการของโรคจิต...ประกอบด้วย</b></p> <p data-bbox="183 1243 742 1489">ความผิดปกติด้านความคิด: มีความคิดหลงผิด ความผิดปกติด้านการรับรู้: มีประสาทหลอน ความผิดปกติทางด้านอารมณ์: ยึดคนเดียว สิ้นหน้าที่เรียบเฉย ความผิดปกติด้านการพูด: คำพูดสับสน พูดเพ้อเจ้อ ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออก : แยกตัว พูดคนเดียว กลุ่มคลั่ง</p>	<p data-bbox="798 1108 1165 1142"><b>อาการของโรคจิต ประกอบด้วย</b></p> <ul data-bbox="798 1164 1484 1814" style="list-style-type: none"><li>◆ ความผิดปกติด้านความคิด เช่น หลงผิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต เป็นผู้วิเศษ ระแวงว่ามีคนปองร้าย</li><li>◆ ความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคน สัตว์ หรือเสียงแปลกๆ โดยไม่มีตัวตนเห็นภาพหลอนเป็นคน ผี สัตว์</li><li>◆ ความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ยึดคนเดียว หัวเราะ ร้องไห้ โดยไม่สมเหตุสมผล หรือเฉยเมยโดยไม่สนใจใคร</li><li>◆ ความผิดปกติด้านการพูด เช่น คำพูดสับสน พูดเพ้อเจ้อ</li><li>◆ ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการแสดงออก เช่น ไม่สนใจตนเอง ปล่อยเนื้อตัวสกปรก แยกตัว พูดคนเดียว กลุ่มคลั่ง อาละวาดทำร้ายคน ทำลายข้าวของ ไม่นอน วุ่นวายรบกวนคนอื่น</li></ul>

<div data-bbox="151 280 215 369" style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>ใบงาน 2</b></p> <p>นายไฟ อายุ 35 ปี ตำรวจพามาส่งโรงพยาบาลด้วยอาการพูดจาวกวน ตำรวจฟังแล้วไม่เข้าใจ อารมณ์หงุดหงิด ระวังกลัวคนมาทำร้าย นายไฟคิดว่า “บิดาเป็นปีศาจที่ตามหลอกหลอน” มีเสียงสั่งบอกให้ “จัดการซะ เอาให้ตาย”</p>	<p>ให้ผู้เข้าอบรมอ่านและสรุปว่านายไฟมีอาการอะไรบ้างลงในกระดาษ</p> <p><b>สรุป</b> ความผิดปกติทางความคิดของนายไฟ คือ ระวังกลัวคนมาทำร้าย นายไฟคิดว่า “บิดาเป็นปีศาจที่ตามหลอกหลอน”</p>
<div data-bbox="167 817 231 907" style="text-align: center;">  </div> <p>โรคจิตที่พบบ่อย มีอยู่ 4 ชนิด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรคจิตเภท</li> <li>2. โรคหลงผิด</li> <li>3. โรคจิตที่เกิดจากยา และสารเสพติด</li> <li>4. โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ประเภทของโรคจิต</b></p> <p>โรคจิตที่พบบ่อย มีอยู่ 4 ชนิด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>โรคจิตเภท (Schizophrenia)</b> เป็นโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุด มีความเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพและความสามารถต่างๆ ไปได้มากที่สุด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้นี้มักจะต้องรับการรักษาลดไป อาการที่พบจะพบได้ทั้งอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และความคิดที่ไม่เป็นระบบ</li> <li>2. <b>โรคหลงผิด (Delusional Disorder)</b> อาการที่พบในโรคนี้นี้คือการมีความหลงผิดในบางเรื่อง เช่น หลงผิดว่าถูกปองร้ายโดยใครบางคน แต่มักจะไม่พบความผิดปกติอื่นๆร่วมด้วย ในโรคนี้นี้บางครั้งเราจะดูลักษณะภายนอกของผู้ป่วยไม่ออก เพราะทุกอย่างจะดูปกติดีแต่เมื่อได้ฟังความคิดในเรื่องที่ผู้ป่วยหลงผิดก็จะสามารถมองเห็นความผิดปกติได้ไม่ยาก</li> <li>3. <b>โรคจิตที่เกิดจากยาและสารเสพติด</b> มักจะได้ประวัติของการเสพยา หรือสารเสพติด</li> <li>4. <b>โรคจิตที่เกิดจากความกดดันหรือความเครียดของชีวิต</b> มักจะเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในชีวิตของผู้ป่วย</li> </ol>

 <p style="text-align: center;"><b>การวินิจฉัยโรคจิตเภท</b></p> <p>มีลักษณะบ่งชี้อย่างน้อย 2 อาการ ใน 1 เดือน เป็นมานาน 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อาการหลงผิด</li> <li>• อาการประสาทหลอน</li> <li>• วลี ประโยคหรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกันทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือสื่อถึงเรื่องอะไร</li> <li>• พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการรุนวาย</li> <li>• อาการทางลบ เช่น สีหน้าที่อึมครึม แยกตัวจากคนอื่น</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>การวินิจฉัยโรคจิตเภท</b></p> <p>มีลักษณะบ่งชี้อย่างน้อย 2 อาการ ใน 1 เดือน เป็นมานาน 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ อาการหลงผิด</li> <li>◆ อาการประสาทหลอน</li> <li>◆ วลี ประโยคหรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือสื่อถึงเรื่องอะไร</li> <li>◆ พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการรุนวาย</li> <li>◆ อาการทางลบ เช่น สีหน้าที่อึมครึม แยกตัวจากคนอื่น</li> </ul>
 <p style="text-align: center;"><b>สาเหตุของโรคจิต</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>สาเหตุของโรคจิตเภท</b></p> <p><b>ปัจจัยทางชีวภาพ</b> ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง</li> <li>◆ กรรมพันธุ์ บุคคลที่มีญาติใกล้ชิดมีความผิดปกติทางจิต มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี เช่น ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป มีโอกาสต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ลูกของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 13 และพี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 9</li> <li>◆ ความผิดปกติของสมอง พบมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ</li> <li>◆ ภาวะแทรกซ้อนตอนคลอด</li> <li>◆ การใช้สารเสพติด ยาบางชนิดกระตุ้นหรือช่วยเสริมทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท เช่น ยากลุ่มแอมเฟตามีน จะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ขณะที่ยากลุ่มอื่นๆ รวมทั้งกัญชา จะเป็นตัวช่วยเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต</li> </ul> <p><b>ปัจจัยทางจิตวิทยา</b> ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก</li> <li>◆ การถูกทารุณกรรมทางกายหรือจิตใจ</li> <li>◆ ความเครียดในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับความขัดแย้งอย่างรุนแรงภายในครอบครัว การย้ายที่อยู่ใหม่หรือการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน เป็นต้น</li> </ul>

	<p>แต่ความเครียดไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท ขณะเดียวกันจะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการเลวลง</p> <p><b>ปัจจัยทางสังคม</b> เช่น ภาวะการตกงาน ปัญหาทางเศรษฐกิจ และความยากจน ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ฯลฯ</p>
<div data-bbox="210 591 742 904" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p><b>กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพ่อแม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคจิตเภท</li> <li>- สมอลูกทำลาย และการทำงานของสมองเสื่อมถอย</li> <li>- การคลอดที่ผิดปกติ</li> <li>- ติดกัญชาตั้งแต่อายุน้อย ๆ ติดยาบ้า ติดสารเสพติด</li> <li>- เคยป่วย แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul> </div>	<p><b>กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ มีพ่อแม่ ญาติพี่น้องเป็นโรคจิตเภท</li> <li>◆ สมอลูกทำลาย และการทำงานของสมองเสื่อมถอย</li> <li>◆ การคลอดที่ผิดปกติ</li> <li>◆ ติดกัญชาตั้งแต่อายุน้อยๆ ติดยาบ้า ติดสารเสพติด</li> <li>◆ เคยป่วย แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
<div data-bbox="185 1003 762 1420" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p><b>การดำเนินโรคของโรคจิตเภท</b></p> <p>The diagram shows a progression of symptoms over time, divided into childhood (วัยเด็ก) and adulthood (วัยรุ่น). It includes stages like prodromal state (ระยะก่อนป่วย), prodromal state (ระยะก่อนเกิดอาการ), and prodromal state (ระยะป่วยด้วยอาการทางจิตครั้งแรก). A dashed line indicates 'Variable degrees of recovery'.</p> </div>	<p><b>การดำเนินโรคของโรคจิตเภท</b></p> <p>โรคจิตเภทสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>ระยะก่อนป่วย</b> ซึ่งอาจมีความผิดปกติที่พบได้ ได้แก่ การแยกตัว ไม่ค่อยมีเพื่อนสนิท คิดหรือตัดสินใจแปลกไปจากผู้อื่น ทั้งนี้สังเกตเห็นได้แต่ไม่รบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน</li> <li>2. <b>ระยะก่อนเกิดอาการทางจิต (prodromal state)</b> ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแปลกจากเดิม จนเริ่มมีการบกพร่องในการทำหน้าที่จากเดิม ได้แก่ การสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง การแยกตัวจากสังคม ครอบครัว มีความบกพร่องเรื่องการเรียนหรือการทำงาน อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจหรือหมกมุ่นในเรื่องต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ศาสนา ความเชื่อและมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียวในที่สาธารณะ</li> </ol>

	<p><b>3. ระยะมีอาการป่วยทางจิต (active phase)</b> มีอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ หลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด ประสาทหลอนที่เด่นชัดตามเกณฑ์การวินิจฉัยและบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน เป็นระยะที่ญาติหรือคนรอบข้างสังเกตเห็นอาการและนำเข้าสู่กระบวนการรักษา ถ้าระยะนี้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่ทิ้งไว้นาน จะมีผลลัพธ์ที่ดี</p> <p><b>4. ระยะอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (residual phase)</b> ผู้ป่วยจะปราศจากอาการด้านบวก อาการที่หลงเหลือบ้างจะคล้ายระยะก่อนเกิดอาการทางจิต แต่สังเกตได้ว่ายังมีอาการหลงเหลือที่ไม่ปกติ บางครั้งมีอาการด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเรียบเฉย แยกตัว บกพร่องทางสังคม และทำงานไม่ได้ดังเดิม อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่อาการกำเริบซ้ำ ยิ่งมีการกำเริบซ้ำมากขึ้นเท่าไรจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเท่านั้น</p>
--	--



**ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภท**

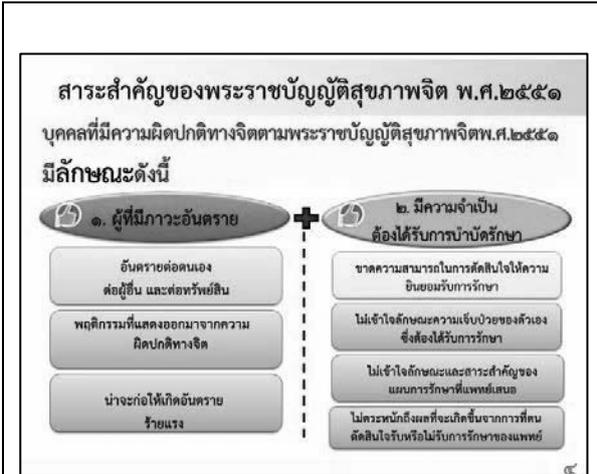
จากการศึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึง 5 ปี พบว่ามีผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภท 4 แบบ

1. มีอาการทางจิตเพียงครั้งเดียวเมื่อหายแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย ประมาณร้อยละ 8
2. มีอาการทางจิตหลายครั้งแต่เมื่อหายจากอาการทางจิตสามารถใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนก่อนป่วย ประมาณร้อยละ 39
3. มีอาการทางจิตหลายครั้งเมื่อหายจากอาการทางจิตมีความบกพร่องทางจิตและมีอาการหลงเหลือ ประมาณร้อยละ 44.3
4. มีอาการทางจิตครั้งเดียวแต่มีอาการหลงเหลือตลอดและไม่กลับมาสู่อาการปกติ ประมาณร้อยละ 8

ผลลัพธ์ของอาการทางจิตของโรคจิตเภทมีหลายแบบ ส่วนใหญ่มักมีอาการหลายครั้งและส่วนมากไม่กลับมาสู่ความปกติ

<div data-bbox="215 280 279 358" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท</b></p> <p>การคัดกรองและนำเข้าสู่กระบวนการดูแลติดตามแต่เนิ่นๆ (Early Intervention )</p> <p>การรักษาควบคุมอาการด้านบวกที่รบกวนชีวิตของผู้ป่วย (symptom control)</p> <p>การลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) เพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสีย สมรรถภาพ</p> <p>ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพของสังคมและการงาน(functional recovery) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง</p> <p>การลดตราบาปในชุมชน</p> <p style="font-size: small; text-align: right;">Togarty GS, et al. J Psychiatry Res 1998;32:243-51 Goldman D, et al. Arch Gen Psychiatry 1998;55:281-7 Breckenwood SA, Auld H, et al. J Psychiatry 2002;167:515-17</p>	<p style="text-align: center;"><b>เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภท</b></p> <p>เป้าหมายในการรักษาโรคจิตเภทมีตั้งแต่การคัดกรองและนำเข้าสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว การรักษาเพื่อควบคุมอาการทางจิตที่รบกวนชีวิตผู้ป่วย การลดการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือและทำงานไม่ได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชุมชน ฉะนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคจิตไม่เพียงรักษาควบคุมอาการเท่านั้น แต่การลดการกำเริบซ้ำของอาการและพัฒนาคุณภาพชีวิตยังเป็นหัวใจด้วย โดยเฉพาะการลดการกำเริบซ้ำ (relapse) เป็นส่วนพื้นฐานในการทำให้สมองแย่งซึ่งส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p>
<div data-bbox="215 985 279 1064" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การใช้สุราหรือสารเสพติด</li> <li>• ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง</li> <li>• ภาวะสมองเสื่อม</li> <li>• ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น cerebral malaria, sepsis , head injury Delirium, Electrolyte Imbalance</li> </ul> <p>โรคทางกายที่พบบ่อย : โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น สเตียรอยด์</p>	<p style="text-align: center;"><b>โรคร่วมทางกายและทางจิตเวชกับโรคจิตเภท</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การใช้สุราหรือสารเสพติด</li> <li>◆ ความคิดฆ่าตัวตาย/ ทำร้ายตนเอง</li> <li>◆ ภาวะสมองเสื่อม</li> <li>◆ ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น Cerebral malaria, Sepsis, Head injury, Delirium, Electrolyte Imbalance</li> <li>◆ โรคทางกายที่พบบ่อย : โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น สเตียรอยด์</li> </ul> <p>อย่างไรก็ตามในบางกรณีจะมีการแนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจทางกายบางอย่างเพื่อที่จะวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง เช่น ตรวจต่อมไทรอยด์ ตรวจคลื่นสมอง MRI</p>

<div data-bbox="199 280 255 353" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="225 387 730 427">วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน</p> <ul data-bbox="261 472 670 537" style="list-style-type: none"> <li>• การรักษาโดยยา</li> <li>• การรักษาโดยไม่ใช้ยา : ECT, Psychotherapy</li> </ul>	<p data-bbox="842 257 1425 302">วิธีการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน</p> <ol data-bbox="799 311 1490 1406" style="list-style-type: none"> <li>1. การรักษาโดยยา ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยยา เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่าและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษา ด้านจิตสังคม และป้องกัน การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้</li> <li>2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา มีดังนี้ <ul data-bbox="831 757 1490 1406" style="list-style-type: none"> <li>◆ การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) จะได้ผลดีสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลัน แต่ไม่นิยมทำในทุกราย เนื่องจากต้องใช้เครื่องมือและต้องมีสถานที่เฉพาะ</li> <li>◆ การรักษาด้วยจิตบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด (Psychotherapy) ยังไม่มีหลักฐานวิชาการที่น่าเชื่อถือว่าสามารถรักษาอาการโรคจิตเภทได้ เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของโรคจิตเภท แต่จะช่วยให้พวกเขาสามารถเรียนรู้ มีวิธีการรับมือกับความเจ็บป่วย ได้รับการจ้างงาน และหากได้รับการรักษา ร่วมกับยาจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น CBT, Milieu therapy</li> </ul> </li> </ol>
<p data-bbox="215 1507 737 1547">ทำไมเราต้องมี พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑?</p> <div data-bbox="288 1554 660 1832"> <ul style="list-style-type: none"> <li>  <b>สิทธิผู้ป่วย</b>                      •ต้องได้รับการรักษา                      •ต้องได้รับการคุ้มครอง                 </li> <li>  <b>มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน</b> </li> <li>  <b>ผู้ปฏิบัติได้รับการคุ้มครอง</b> </li> </ul> </div>	<p data-bbox="1054 1473 1203 1518">ใบความรู้ 4</p> <p data-bbox="794 1525 1417 1610">สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551</p> <p data-bbox="783 1619 1479 1998">พระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสังคมจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษา และการคุ้มครอง โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็ได้รับการคุ้มครองด้วย</p>



บุคคลที่มีความผิดปกติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้แก่บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิต ที่น่าก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
2. มีความจำเป็นต้องการบำบัดรักษา คือ ผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตราย ที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ไม่เข้าใจความเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่เข้าใจแผนการบำบัดรักษา รวมถึงไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดจากการปฏิเสธการบำบัดรักษาของแพทย์  
(ยกตัวอย่าง กรณีศึกษา ดังรูปภาพที่ใช้ประกอบ)



ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

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

<p><b>พนักงานเจ้าหน้าที่</b> (หมวด ๕)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถนำตัวผู้ที่น่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือจำเป็นต้องบำบัดรักษาในเคหสถานได้</li> <li>สามารถถามครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ในครอบครัว</li> <li>มีหนังสือสอบถามหรือเรียกมาให้ถ้อยคำได้</li> <li>ร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจให้ความช่วยเหลือได้</li> </ul>	<p><b>อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สามารถนำตัวผู้ที่น่าเชื่อว่ามีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา จากในเคหสถานได้ เนื่องจากการรอมหายศาลจะเป็นการนำตัวส่ง และนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา ใกล้เคียง</li> <li>2. สามารถซักถามครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น</li> <li>3. มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใดๆ มาให้ถ้อยคำได้ เพื่อตรวจสอบ หรือเพื่อประกอบการพิจารณา</li> <li>4. ร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจให้ความช่วยเหลือได้</li> </ol>
<p><b>คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา</b> (หมวด ๑ ส่วนที่ ๒)</p> <p><b>บทบาท/หน้าที่..</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการ</li> <li>พิจารณาความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและผลการบำบัดรักษา</li> </ul>	<p><b>คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา</b></p> <p><b>ประกอบด้วย</b> จิตแพทย์ 1 คน เป็นประธานกรรมการ แพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน นักกฎหมาย 1 คน นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 1 คน เป็นกรรมการ</p> <p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด</li> <li>2. พิจารณาความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและผลการบำบัดรักษา</li> </ol>



### ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

#### 1. การวินิจฉัยอาการเบื้องต้น

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาให้ดำเนินการดังนี้

1.1 แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

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

**กรณีที่ 1** ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาให้นำตัว/ส่งตัวผู้ป่วยกลับ โดยแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่หรือญาติ

**กรณีที่ 2** ผลการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้ดำเนินการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียด พร้อมพิจารณาวิธีการบำบัดรักษาหรือส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเพื่อเข้ารับการรักษา

#### 2. การวินิจฉัยอาการโดยละเอียด

กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาให้ดำเนินการดังนี้

2.1 ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจรักษาและประเมินอาการโดยละเอียด ภายใน 30 วันนับตั้งแต่ได้รับตัวบุคคลนั้นไว้

2.2 บันทึกข้อมูลลงใน แบบการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.2)

2.3 ออกคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาตามคำสั่ง คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แบบ ตจ.3) หรือ ส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นเมื่อไม่มีภาวะอันตราย

<div data-bbox="209 271 783 703"> <h3 style="text-align: center;">หลักเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช</h3> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">๑. พิจารณาวัตถุประสงค์</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">๒. การตรวจทางจิตเวช</td> <td style="padding: 5px;">๒.๑ การตรวจสภาพจิต ๒.๒ การตรวจทางจิตวิทยา</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">๓. รวบรวมข้อมูล</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">๔. วิเคราะห์และตัดสินใจในที่ประชุม</td> <td style="padding: 5px;">๕.๑ การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) ๕.๒ การวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">๕. สรุปผลการวินิจฉัย</td> <td style="padding: 5px;">๕.๒.๑ ขณะตรวจ วิกลจริตและสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ (วิ.อาญา๑๔) ๕.๒.๒ ขณะประกอบคดี สามารถรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ (ม.๖๕)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">๖. การเตรียมตัวให้ปากคำ: กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี</td> <td style="padding: 5px;">๕.๒.๓ ความเห็นหรือข้อเสนอนะ เช่น ภาวะอันตราย (ม.๔๘)</td> </tr> </table> </div>	๑. พิจารณาวัตถุประสงค์		๒. การตรวจทางจิตเวช	๒.๑ การตรวจสภาพจิต ๒.๒ การตรวจทางจิตวิทยา	๓. รวบรวมข้อมูล		๔. วิเคราะห์และตัดสินใจในที่ประชุม	๕.๑ การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) ๕.๒ การวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis)	๕. สรุปผลการวินิจฉัย	๕.๒.๑ ขณะตรวจ วิกลจริตและสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ (วิ.อาญา๑๔) ๕.๒.๒ ขณะประกอบคดี สามารถรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ (ม.๖๕)	๖. การเตรียมตัวให้ปากคำ: กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี	๕.๒.๓ ความเห็นหรือข้อเสนอนะ เช่น ภาวะอันตราย (ม.๔๘)	<div data-bbox="810 271 1500 1142"> <h3>หลักเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช (ผู้ป่วยคดี)</h3> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พิจารณาวัตถุประสงค์</li> <li>2. การตรวจทางจิตเวชของผู้ป่วยนิติจิตเวชหรือผู้ป่วยคดี โดยตรวจทั้งสภาพจิตและทางจิตวิทยา</li> <li>3. รวบรวมข้อมูล</li> <li>4. วิเคราะห์และตัดสินใจในที่ประชุม</li> <li>5. สรุปผลการวินิจฉัย ใน 2 กรณี ดังนี้             <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis)</li> <li>5.2 การวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis)                 <ol style="list-style-type: none"> <li>5.2.1 ขณะตรวจ วิกลจริตและสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ (วิ.อาญา14)</li> <li>5.2.2 ขณะประกอบคดี สามารถรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ (ม.65)</li> <li>5.2.3 ความเห็นหรือข้อเสนอนะ เช่น ภาวะอันตราย (ม.48)</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. การเตรียมตัวให้ปากคำ : กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี</li> </ol> </div>
๑. พิจารณาวัตถุประสงค์													
๒. การตรวจทางจิตเวช	๒.๑ การตรวจสภาพจิต ๒.๒ การตรวจทางจิตวิทยา												
๓. รวบรวมข้อมูล													
๔. วิเคราะห์และตัดสินใจในที่ประชุม	๕.๑ การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) ๕.๒ การวินิจฉัยทางกฎหมาย (Legal diagnosis)												
๕. สรุปผลการวินิจฉัย	๕.๒.๑ ขณะตรวจ วิกลจริตและสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ (วิ.อาญา๑๔) ๕.๒.๒ ขณะประกอบคดี สามารถรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้ (ม.๖๕)												
๖. การเตรียมตัวให้ปากคำ: กลุ่มเตรียมต่อสู้คดี	๕.๒.๓ ความเห็นหรือข้อเสนอนะ เช่น ภาวะอันตราย (ม.๔๘)												
<div data-bbox="209 1205 783 1637"> <h3 style="text-align: center;">การประเมินผู้ต้องหาคดีอาญา</h3> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>๑. เตรียมข้อมูลให้พร้อม</b>                  - รายงานตำรวจ                  - คำให้การของพยาน                  - รายงานทางนิติเวช (ถ้ามี)                  - ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช                  - คำให้การของผู้กระทำผิด ความผิด ฯลฯ             </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>๓. ควรประเมินเร็วที่สุดหลังเกิดคดี</b>                  - เพื่อป้องกันการเรียนรู้จากผู้ต้องหาด้วยกันหรือทนาย                  - เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน             </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <b>๒. เปรียบเทียบคำพูดของผู้ป่วยกับข้อมูลที่เรารวบรวมมาก่อน (โดยที่ผู้ต้องหาคาดไม่ถึง)</b> </td> <td style="padding: 5px;"> <b>๔. ผู้สัมภาษณ์</b>                  - ควรมีความจริงใจและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินและอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง             </td> </tr> </table> </div>	<b>๑. เตรียมข้อมูลให้พร้อม</b> - รายงานตำรวจ - คำให้การของพยาน - รายงานทางนิติเวช (ถ้ามี) - ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช - คำให้การของผู้กระทำผิด ความผิด ฯลฯ	<b>๓. ควรประเมินเร็วที่สุดหลังเกิดคดี</b> - เพื่อป้องกันการเรียนรู้จากผู้ต้องหาด้วยกันหรือทนาย - เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน	<b>๒. เปรียบเทียบคำพูดของผู้ป่วยกับข้อมูลที่เรารวบรวมมาก่อน (โดยที่ผู้ต้องหาคาดไม่ถึง)</b>	<b>๔. ผู้สัมภาษณ์</b> - ควรมีความจริงใจและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินและอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	<div data-bbox="810 1205 1500 1989"> <h3>การประเมินผู้ต้องหาคดีอาญา</h3> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เตรียมข้อมูลให้พร้อม             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ รายงานตำรวจ</li> <li>◆ คำให้การของพยาน</li> <li>◆ รายงานทางนิติเวช (ถ้ามี)</li> <li>◆ ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช</li> <li>◆ คำให้การของผู้กระทำผิด ความผิด ฯลฯ</li> </ul> </li> <li>2. เปรียบเทียบคำพูดของผู้ป่วยกับข้อมูลที่เรารวบรวมมาก่อน (โดยที่ผู้ต้องหาคาดไม่ถึง)</li> <li>3. ควรประเมินเร็วที่สุดหลังเกิดคดี             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ เพื่อป้องกันการเรียนรู้จากผู้ต้องหาด้วยกันหรือทนาย</li> <li>◆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน</li> </ul> </li> <li>4. ผู้สัมภาษณ์             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ควรมีความจริงใจและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินและอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง</li> </ul> </li> </ol> </div>								
<b>๑. เตรียมข้อมูลให้พร้อม</b> - รายงานตำรวจ - คำให้การของพยาน - รายงานทางนิติเวช (ถ้ามี) - ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช - คำให้การของผู้กระทำผิด ความผิด ฯลฯ	<b>๓. ควรประเมินเร็วที่สุดหลังเกิดคดี</b> - เพื่อป้องกันการเรียนรู้จากผู้ต้องหาด้วยกันหรือทนาย - เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน												
<b>๒. เปรียบเทียบคำพูดของผู้ป่วยกับข้อมูลที่เรารวบรวมมาก่อน (โดยที่ผู้ต้องหาคาดไม่ถึง)</b>	<b>๔. ผู้สัมภาษณ์</b> - ควรมีความจริงใจและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินและอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง												



**ผู้ป่วยคดี/ ผู้ป่วยนิติจิตเวช**  
ตามกฎหมาย ป.วิอาญา ม.14 (จำเลยเป็นผู้วิกลจริต) ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาวินิจฉัยอาการ และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ต้องหา หรือจำเลย และรายงานต่อพนักงานสอบสวนหรือศาล ภายใน 45 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับตัวไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน โดยสามารถแบ่งผลการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีได้เป็น 2 กรณี คือ

**กรณีที่ 1 ต่อสู้คดีได้** ให้แจ้งต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลรับกลับ

**กรณีที่ 2 ต่อสู้คดีไม่ได้** ขอให้พนักงานสอบสวนหรือศาลกำหนดวิธีการเพื่อการป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายและให้การบำบัดรักษา โดยรายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาล ทุกๆ 180 วัน จนสามารถต่อสู้คดีได้



**ผู้ป่วยคดี/ ผู้ป่วยนิติจิตเวช**  
ตามกฎหมาย ป.วิอาญา ม.48 ศาลสั่งให้ควบคุมตัวผู้ป่วยคดีไปยังสถานบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยคดีและรายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาล ทุก 180 วัน จนกว่าจะสามารถกลับสู่สังคมโดยไม่มีภาวะอันตราย หรืออาการทุเลา

### การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

↔

ผู้ถูกคุมขังที่ได้รับการบำบัดรักษาถึงกำหนดปล่อยตัว

มีคำสั่งตามมาตรา ๒๙ (๒)

ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อยู่นอกจากสถานบำบัด

(๑) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล  
 (๒) ในกรณีไม่มีผู้ดูแล ให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการที่ภาครัฐและเอกชน  
 (๓) แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม (๑) และหน่วยงานตาม (๒) แล้วรายงานต่อคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพยาบาล

### การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ต้องหาที่ถึงกำหนดปล่อยตัวแล้ว)

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งตามมาตรา 29(2) ให้หัวหน้าสถานบำบัดรักษา มีหน้าที่ดังนี้

- (1) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล
- (2) ในกรณีไม่มีผู้ดูแล ให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน
- (3) แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม (1) และหน่วยงานตาม (2) แล้วรายงานต่อคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพยาบาล

### สิทธิผู้ป่วย

	๑	๒	๓	๔
มาตรา ๑๕	ได้รับ บำบัดรักษา ตามมาตรฐาน ทางการแพทย์	ได้รับ การปกปิดข้อมูล การบำบัดรักษา มาตรา ๑๖	ได้รับ ความคุ้มครอง จากการวิจัย ตามมาตรา ๒๐	ได้รับความคุ้มครอง ในระบบประกัน สุขภาพ และประกันสังคม ระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาค

การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย จะกระทำต่อเมื่อเกิดกรณีดังนี้

(๑)กรณีที่มีอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น

(๒)เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน

(๓)มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย

### สิทธิผู้ป่วย

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้กำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิ ดังนี้

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

สิทธิผู้ป่วย	
มาตรา ๑๗ การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย	กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้ป่วย ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
มาตรา ๑๘ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมอง ระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่น อาทิเช่นต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร	กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๑๙ การทำหมันผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
มาตรา ๒๐ การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอม ผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

**สิทธิผู้ป่วย (ต่อ)**

1. การบำบัดด้วยการผูกมัด กักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมอง ระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่นอาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

กรณีถูกฉีดยาหรือมีความจำเป็นอย่างอื่นเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัดอาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

**3. การทำหมันผู้ป่วย**

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

**4. การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย**

ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอมผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

<p><b>การอุทธรณ์</b></p> <p>ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีคำสั่งตาม มาตรา ๒๔ (๑) หรือ (๒) หรือมีการขยายเวลาการบำบัดรักษา ตาม มาตรา ๓๐</p> <p>หากผู้ป่วยหรือคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย ไม่เห็นด้วย มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ (ผ่านผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา) ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว</p> <p>ให้คณะกรรมการอุทธรณ์ พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันได้รับหนังสืออุทธรณ์</p> <p><b>คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด</b></p>	<p><b>การอุทธรณ์</b></p> <p>กรณีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งให้บุคคลนั้น ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาหรือให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษาในสถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย หรือมีการขยายเวลาการบำบัดรักษา ตามความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต แต่ต้องไม่เกิน 90 วัน</p> <p>กรณีผู้ป่วยหรือคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย <b>ไม่เห็นด้วย</b> มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ (ผ่านผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา) ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับการอุทธรณ์ <u>คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สิ้นสุด</u></p>
--	---



## แผนการสอนที่ 2

### ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

(เวลา 1 ชั่วโมง)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและบทบาทของสาขาวิชาชีพ

#### เนื้อหาสาระ

- สภาพปัญหาของการดูแลรักษาโรคจิตของไทย
- Stigmatization ต่อระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต (การเข้าถึงบริการ การบำบัดรักษา การดูแลต่อเนื่อง)
- รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต
- บทบาทของสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

#### กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยการตั้งคำถาม “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อระบบบริการโรคจิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน” และวิทยากรบรรยาย ตามใบความรู้ 1 ในประเด็น “Stigmatization มีผลต่อการเข้าสู่บริการอย่างไร”	ใบความรู้ 1
กลุ่มย่อย 3-4 คน เวลา 20 นาที	2. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ “ท่านคิดอย่างไรกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบัน”</li> <li>◆ “การพัฒนาบุคลากรต่อระบบบริการโรคจิต บุคลากรของท่านมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตมากน้อยเพียงใด”</li> <li>◆ “ท่านคิดว่าเครื่องมือ/เทคโนโลยีเพียงพอหรือไม่ หรือประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด”</li> <li>◆ “ท่านมีปัญหายุ่งยากในการเข้าถึงฐานข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยโรคจิตเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”</li> </ul>	

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที</p>	<p>3. วิทยากรสุ่มถามผลการอภิปรายกลุ่มและบรรยายตามใบความรู้ 1 (ต่อ) ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ปัญหาการเข้าถึงบริการ</li> <li>◆ ปัญหาด้านทักษะของบุคลากร ในการให้บริการทางสุขภาพจิต</li> <li>◆ ปัญหาด้านความรู้/เทคโนโลยี</li> </ul>	<p>ใบความรู้ 1</p>
<p>กลุ่มใหญ่ เวลา 15 นาที</p>	<p>4. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรม</p> <p>“ท่านคิดว่าชุมชน/ญาติ มีความสำคัญหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร” และบรรยายตามใบความรู้ 1 (ต่อ) ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ชุมชน/ญาติและผู้ป่วยขาดความตระหนักและไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช</li> <li>◆ ปัญหาการติดตามรักษา/การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำ</li> <li>◆ รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตและบทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> </ul> <p>วิทยากร สรุป อภิปราย ชักถาม</p>	<p>ใบความรู้ 1</p>

 <p style="text-align: center;">แผนการสอนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</p>	<p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 2</b> <b>ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</b></p>
 <p><b>สภาพปัญหาของการดูแลรักษาโรคจิตของไทย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ท่านคิดอย่างไรกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบัน</li> <li>• การพัฒนาบุคลากรต่อระบบบริการโรคจิต บุคลากรของท่านมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจต่อการให้บริการโรคจิตผู้ป่วยจิตมากน้อยเพียงใด</li> <li>• ท่านคิดว่าเครื่องมือ/เทคโนโลยีเพียงพอหรือไม่ หรือประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด</li> <li>• ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงฐานข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยโรคจิตเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างไรบ้าง</li> </ul>	<p>วิทยากรเกริ่นนำและสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงสภาพปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตของไทย และให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มย่อย 3-4 คน อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ “ท่านคิดอย่างไรกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบัน”</li> <li>◆ “การพัฒนาบุคลากรต่อระบบบริการโรคจิต บุคลากรของท่านมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตมากน้อยเพียงใด”</li> <li>◆ “ท่านคิดว่าเครื่องมือ/เทคโนโลยีเพียงพอหรือไม่ หรือประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด”</li> <li>◆ “ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงฐานข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยโรคจิตเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างไรบ้าง”</li> </ul>
 <p style="text-align: center;"><b>Stigmatization トラบาป</b></p> <p style="text-align: center;">“อคติของสังคมต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ที่แสดงออกด้วยท่าทีรังเกียจ เป็นความเสื่อมเสียหรือนำอับอายทางสังคม การไม่ยอมรับ กีดกันการเข้าร่วมในสังคม”</p> <p style="text-align: center;">Goffman, 1963</p>	<p style="text-align: center;"><b>ใบความรู้ 1</b> <b>Stigmatization トラบาป</b></p> <p>“อคติของสังคมต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ที่แสดงออกด้วยท่าทีรังเกียจ เป็นความเสื่อมเสียหรือนำอับอายทางสังคม การไม่ยอมรับ กีดกันการเข้าร่วมในสังคม”</p> <p>Goffman, 1963</p>



**Stigmatization มีผลต่อการเข้าสู่บริการอย่างไร**

**ตราบาบ** คือทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยไม่มีเหตุผลที่ไปที่มาชัดเจน เกิดจากภาพลักษณ์ที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อ ความเข้าใจที่ผิดๆ หรือประสบการณ์ที่เลวร้ายเฉพาะตัวของชุมชน

ตราบาบ ทำให้เกิดการสกัดกั้น การยอมรับความเจ็บป่วยและการมารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อความเจ็บป่วยต่อเนื่องและภาพที่เลวร้ายลงไปอีก

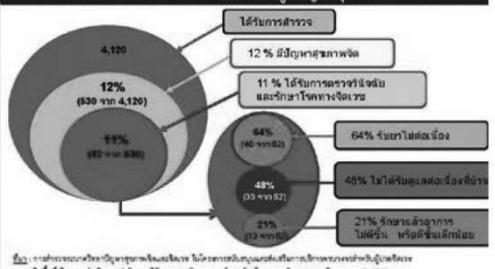
**Stigmatization มีผลต่อการเข้าสู่บริการอย่างไร**

**ตราบาบ** คือ ทัศนคติในด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยไม่มีเหตุผลที่ไปที่มาชัดเจน เกิดจากภาพลักษณ์ที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อ ความเข้าใจที่ผิดๆ หรือประสบการณ์ที่เลวร้ายเฉพาะตัวของชุมชน

ตราบาบ ทำให้เกิดการสกัดกั้นการยอมรับความเจ็บป่วยและการมารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลต่อความเจ็บป่วยต่อเนื่องและภาพที่เลวร้ายลงไปอีก



**การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช**



12% (530 จาก 4,120) มีปัญหาสุขภาพจิต

11% (452 จาก 4,120) ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช

48% (217 จาก 452) ไม่ได้ไปขอตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษา

64% (139 จาก 217) ขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช

48% (105 จาก 217) ขาดข้อมูลต่อเรื่องจิตเวช

21% (45 จาก 217) กลัวการมีอคติจากคนอื่น หรือคนอื่นมีอคติ

ที่มา: การสำรวจระดับจังหวัดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ปี 2555 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจสำรวจจิตวิทยาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ปี 2555 แสดงให้เห็นว่า

- ◆ ถึงแม้โรคจิตเวชจะมีความชุกถึงร้อยละ 14 ในประชากรไทย พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเวชไม่ได้รับการรักษาที่ควรจะเป็น
- ◆ ในจำนวนผู้มีปัญหานั้น ได้รับการดูแลรักษาเพียงแค่ร้อยละ 11 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น การทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน
- ◆ ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อความพิการทางสมองและการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ เป็นภาระต่อสังคม



**ปัญหาการเข้าถึงบริการ**

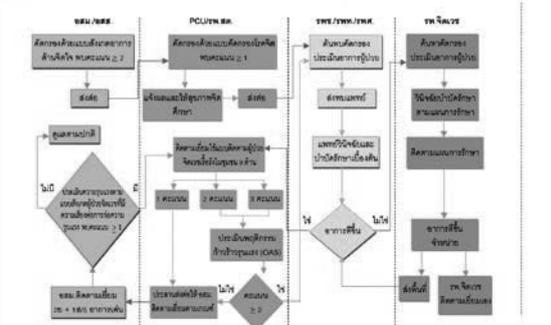
**ปัญหาการเข้าถึงบริการ มีดังนี้**

- ขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องการเข้าถึงบริการการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่ประชาชน
- ปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย (มีข้อจำกัดของกรอบยาเวชภัณฑ์ ไม่มียาเหมือนโรงพยาบาลจิตเวช / การเดินทางลำบากไม่สามารถมารับยาได้)

**ปัญหาการเข้าถึงบริการ มีดังนี้**

- ◆ ขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องการเข้าถึงบริการการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่ประชาชน
- ◆ ปัญหาการกินยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย (มีข้อจำกัดของกรอบยาเวชภัณฑ์ ไม่มียาเหมือนโรงพยาบาลจิตเวช การเดินทางลำบากไม่สามารถมารับยาได้)

 <p><b>ปัญหาด้านทักษะของบุคลากรสุขภาพในการให้บริการทางสุขภาพจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้</li> <li>• ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้าย/จำนวนไม่เพียงพอ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง</li> <li>• ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในบางพื้นที่ขาดความรู้</li> <li>• ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> </ul>	<p><b>ปัญหาด้านทักษะของบุคลากรในการให้บริการทางสุขภาพจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช</li> <li>◆ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้าย/จำนวนไม่เพียงพอ ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง</li> <li>◆ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในบางพื้นที่ขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> </ul>
 <p><b>ปัญหาด้านองค์ความรู้/เทคโนโลยี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การนำสื่อ/องค์ความรู้ เทคโนโลยีต้นแบบยังไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้</li> <li>• การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารช่องทางการเข้าถึงสื่อ/ องค์ความรู้ เทคโนโลยี</li> </ul>	<p><b>ปัญหาด้านองค์ความรู้/เทคโนโลยี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การนำสื่อ/องค์ความรู้เทคโนโลยีต้นแบบไปใช้ ยังไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้</li> <li>◆ การประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารช่องทางการเข้าถึงสื่อ/ องค์ความรู้เทคโนโลยี</li> </ul>
 <p><b>ชุมชน ญาติ/ ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความตระหนัก และไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคจิตเวชและยังมี stigma กับผู้ป่วยโรคจิตเวช ไม่ยอมรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสมีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>• ผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<p><b>ชุมชน ญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วยขาดความตระหนัก และไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคจิตเวชและยังมี stigma กับผู้ป่วยโรคจิต ไม่ยอมรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสการมีส่วนร่วมในชุมชน</li> <li>◆ ผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>

<div data-bbox="215 280 734 638">  <p><b>ปัญหาการติดตามรักษา / การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ที่อยู่ไม่ชัดเจน / ย้ายที่อยู่</li> <li>• ไม่สามารถ link ข้อมูลผู้ป่วยในฐานะข้อมูลกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้</li> <li>• ขาดการติดตามการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>• ไม่มีการวางระบบการติดตามรักษา / การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำร่วมกับพื้นที่</li> </ul> </div>	<p><b>ปัญหาการติดตามรักษา/ การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ที่อยู่ไม่ชัดเจน/ย้ายที่อยู่</li> <li>◆ ไม่สามารถ link ข้อมูลผู้ป่วยในฐานะข้อมูลกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้</li> <li>◆ ขาดการติดตามการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>◆ ไม่มีการวางระบบการติดตามรักษา/ การเฝ้าระวังกลับเป็นซ้ำร่วมกับพื้นที่</li> </ul>
<div data-bbox="191 761 758 1187">  <p><b>Flow ระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต</b></p>  </div>	<p><b>รูปแบบของระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ อสม./ออส./อสค./จิตอาสา สอบถามอาการจากญาติที่ใกล้ชิดหรือการสังเกตอาการของผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อคัดกรองอาการด้านจิตใจเบื้องต้น โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ</li> <li>◆ ในกรณีที่พบอาการด้านจิตใจตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป อสม./ออส./อสค./จิตอาสา ควรประสานและส่งต่อเพื่อคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต</li> <li>◆ พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ใน รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข คัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต หากพบว่ามีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต และส่งต่อตามระบบบริการสุขภาพ (รพช./ รพท./ รพศ.)</li> <li>◆ พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ใน (รพช./ รพท./ รพศ.) คัดกรองและประเมินอาการซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิต หากพบว่ามีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิตและส่งพบแพทย์</li> <li>◆ แพทย์ทำการวินิจฉัยอาการว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัยและรักษาไม่ได้ ให้ส่งพบจิตแพทย์เพื่อบำบัดรักษาจนอาการสงบ</li> <li>◆ เมื่ออาการทางจิตสงบ จิตแพทย์ส่งผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องในพื้นที่ (รพช./ รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข)</li> <li>◆ พยาบาล/ บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต./ ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม./ ออส./ อสค./ จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต</li> </ul>

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

บทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและความรู้ที่ควรมีก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

- ◆ **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)/จิตอาสา**
  - ปรับความเข้าใจและทัศนคติเรื่องโรคจิต
  - การค้นหาคัดกรองผู้ที่สงสัยว่ามีอาการด้านจิตใจ โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
  - ประสานและส่งต่อกรณีผลบวก
  - เฝ้าระวัง สังเกตอาการการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมกิจกรรมอาชีพ ในรายที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ◆ **พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข**
  - การปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่องโรคจิต
  - การคัดกรองและประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือคัดกรองและการสังเกตอาการ
  - การแจ้งผลการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน หรือไม่สามารถดูแลได้
  - ประสานความร่วมมือฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
- ◆ **พยาบาลจิตเวช**
  - การปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่องโรคจิต
  - การประเมินอาการโดยใช้ความเชี่ยวชาญทางจิตเวช เพื่อคัดแยกผู้ที่น่าจะเป็นโรคจิตจากการคัดกรอง
  - การแจ้งผลการคัดกรอง และให้สุขภาพจิตศึกษา/จิตบำบัดแบบประคับประคอง
  - ติดตามดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและชุมชน
  - การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน หรือไม่สามารถดูแลได้
  - การเป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงด้านสุขภาพจิต
- ◆ **แพทย์**
  - การปรับทัศนคติ ความเข้าใจเรื่องโรคจิต
  - การวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา
  - การติดตามผลการรักษาต่อเนื่องและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำในชุมชน
  - การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาเฉพาะทาง เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน หรือไม่สามารถดูแลได้

 <p><b>ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยพึงได้รับ</b></p> <p>กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมการประเมิน (assessment)          กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมการวินิจฉัย (diagnosis)          กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมการให้การรักษา (treatment)          กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (follow-up)</p>	<p><b>ระบบบริการที่ผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยพึงได้รับ</b> ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมการประเมิน (Assessment)          กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมการวินิจฉัย (Diagnosis)          กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมการให้การรักษา (Treatment)          กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up)</p>
 <p><b>1: กิจกรรมการประเมิน (Assessment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การคัดกรองอาการโรคจิตจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล</li> <li>▪ การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย</li> <li>▪ การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์</li> <li>▪ การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคร่วมทางกาย</li> </ul>	<p><b>กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมการประเมิน (Assessment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การคัดกรองอาการโรคจิตจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล</li> <li>◆ การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย</li> <li>◆ การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์</li> <li>◆ การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคร่วมทางกาย</li> </ul>
 <p><b>2: กิจกรรมการวินิจฉัย (Diagnosis)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การวินิจฉัยโรคจิตเภท</li> <li>▪ การวินิจฉัยโรคจิตเภทเรื้อรัง</li> <li>▪ การวินิจฉัยการกำเริบซ้ำ</li> </ul>	<p><b>กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมการวินิจฉัย (Diagnosis)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การวินิจฉัยโรคจิต</li> <li>◆ การวินิจฉัยโรคจิตเภทเรื้อรัง</li> <li>◆ การวินิจฉัยการกำเริบซ้ำ</li> </ul>

 <p><b>3: กิจกรรมการให้การรักษา(Treatment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การให้สุขภาพจิตศึกษา</li> <li>▪ การรักษาด้วยยา</li> <li>▪ การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> </ul>	<p><b>กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมการให้การรักษา (Treatment)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การให้สุขภาพจิตศึกษา</li> <li>◆ การรักษาด้วยยา</li> <li>◆ การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> </ul>
 <p><b>4: กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การติดตามต่อเนื่อง</li> <li>▪ การเยี่ยมบ้าน</li> <li>▪ การพิจารณาส่งต่อ</li> </ul>	<p><b>กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การติดตามต่อเนื่อง</li> <li>◆ การเยี่ยมบ้าน</li> <li>◆ การพิจารณาส่งต่อ</li> </ul>
 <p><b>เครื่องมือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ภาพพลิกโปรแกรมลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย</li> <li>2. แบบสอบถามข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ (Baseline assessment questionnaire) ภาคผนวก ก-1</li> <li>3. แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic screening test) ภาคผนวก ก-2</li> <li>4. แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) ภาคผนวก ก-3</li> <li>5. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI) 26 ข้อ ภาคผนวก ก-4</li> </ol>	<p><b>เครื่องมือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ภาพพลิกโปรแกรมลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย</li> <li>2. แบบสอบถามข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ (Baseline assessment questionnaire) ภาคผนวก ก-1</li> <li>3. แบบคัดกรองโรคจิต (Psychotic screening test) ภาคผนวก ก-2</li> <li>4. แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) ภาคผนวก ก-3</li> <li>5. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF- THAI) 26 ข้อ ภาคผนวก ก-4</li> <li>6. แบบบันทึก จ 1: แบบบันทึกการประเมินโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-1</li> </ol>

 <p>เครื่องมือ (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. แบบบันทึก จ 1: แบบบันทึกการประเมินโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-1</li><li>7. แบบบันทึก จ 2: แบบบันทึกการวินิจฉัยโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-2</li><li>8. แบบบันทึก จ 3: แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-3</li><li>9. แบบบันทึก จ 4: แบบบันทึกการคัดกรองโรคจิตของพื้นที่ ภาคผนวก ข-4</li><li>10. แบบบันทึก จ 5: แบบบันทึกการรักษาและติดตามโรคจิตของหน่วยบริการ ภาคผนวก ข-5</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. แบบบันทึก จ 2: แบบบันทึกการวินิจฉัยโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-2</li><li>8. แบบบันทึก จ 3: แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล ภาคผนวก ข-3</li><li>9. แบบบันทึก จ 4: แบบบันทึกการคัดกรองโรคจิตของพื้นที่ ภาคผนวก ข-4</li><li>10. แบบบันทึก จ 5: แบบบันทึกการรักษาและติดตามโรคจิตของหน่วยบริการ ภาคผนวก ข-5</li></ol>
--	--

### แผนการสอนที่ 3

#### การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรอง และให้สุขภาพจิตศึกษา

เวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที

(บรรยาย 1 ชั่วโมง 30 นาที ฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจและสามารถถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ในประเด็นดังนี้

1. การค้นหา การคัดกรอง และการประเมินระดับความรุนแรงอาการโรคจิตในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีอาการโรคจิตได้อย่างถูกต้อง
2. การแจ้งผลจากการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง

#### เนื้อหาสาระ

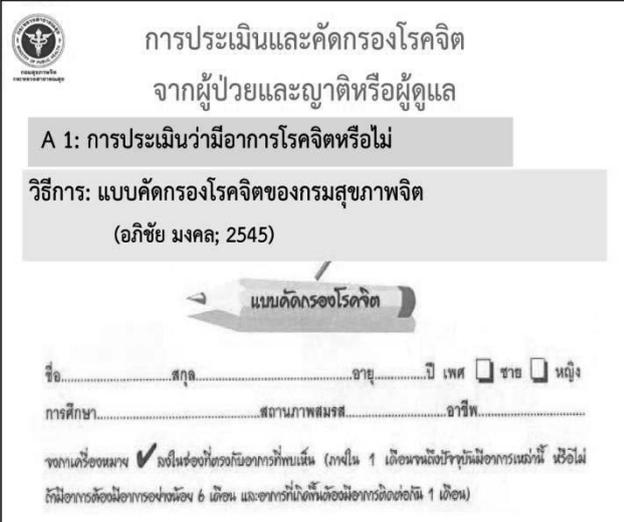
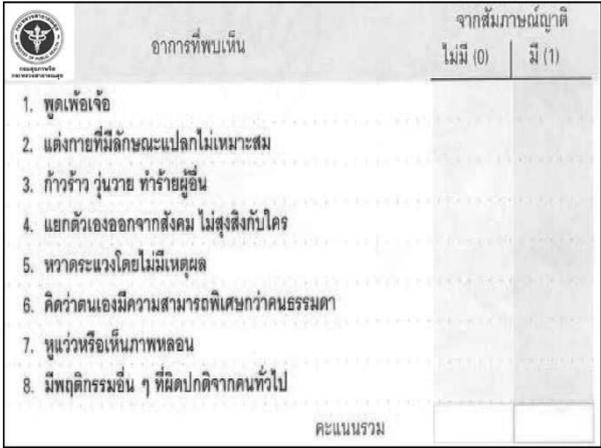
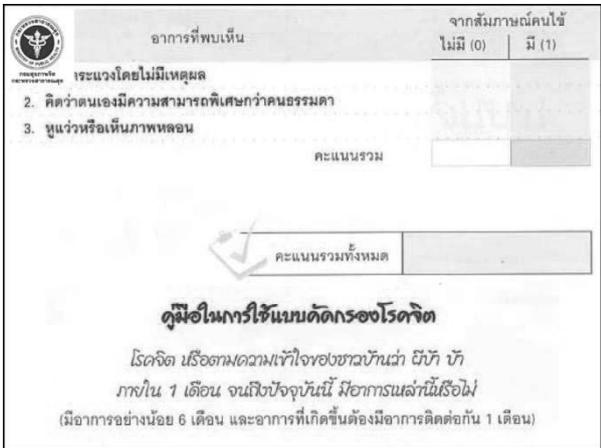
1. การคัดกรองโรคจิต
  - : แบบคัดกรองโรคจิต
  - : รูปแบบวิธีการใช้และการแปลผล
2. การแจ้งผลจากการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อจูงใจให้เข้ารับการรักษา

#### กิจกรรมการเรียนการสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่าเคยใช้แบบคัดกรองโรคจิตหรือไม่ เป็นอย่างไร ? และบรรยายถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการใช้แบบคัดกรองโรคจิต	
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	2. วิทยากรเปิดวิดีโอเรื่อง การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต และสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงความเข้าใจของการใช้แบบคัดกรองโรคจิตหลังการชมวิดีโอ	วิดีโอเรื่อง การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต/เมื่อลูกของเรา เปลี่ยนไป (น้องฟ้า)

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	3. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ 1 ในประเด็น ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การใช้แบบคัดกรอง/ประเมินโรคจิต</li> <li>◆ รูปแบบวิธีการใช้และการแปลผล</li> </ul>	ใบความรู้ 1 แบบคัดกรอง โรคจิต
กลุ่มย่อย 3 คน ฝึกปฏิบัติ เวลา 50 นาที	4. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรม กลุ่มละ 3 คน ฝึกปฏิบัติการใช้แบบคัดกรองโรคจิตโดยใช้กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ตามใบงาน 1	ใบงาน 1 (กรณีศึกษา 1 และ 2)
กลุ่มใหญ่ เวลา 30 นาที	5. วิทยากรบรรยาย เรื่อง การแจ้งผลการคัดกรองและการให้ สุขภาพจิตศึกษา ตามใบความรู้ 2	ใบความรู้ 2
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	6. วิทยากรเปิดวิดีโอทัศน์ เรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา	วิดีโอทัศน์เรื่อง การให้ สุขภาพจิตศึกษา
แบ่งกลุ่ม 3 คน ฝึกปฏิบัติ เวลา 50 นาที	7. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรม กลุ่มละ 3 คน ฝึกปฏิบัติการแจ้งผล การคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา ตามใบงาน 2	ใบงาน 2
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	8. วิทยากรสรุป อภิปราย ชักถาม	

 <p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 3</b> การคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรอง และให้สุขภาพจิตศึกษา</p>	<p style="text-align: center;">แผนการสอนที่ 3 การคัดกรอง การแจ้งผล การคัดกรอง และให้สุขภาพจิตศึกษา</p>
 <p style="text-align: center;">การคัดกรองโรคจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต (อภิชัย มงคล; 2545) : รูปแบบ วิธีการใช้และการแปลผล</li> </ul> <p>วัตถุประสงค์ :</p> <p>สามารถคัดกรอง และประเมินระดับ ความรุนแรงอาการโรคจิตในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีอาการโรคจิต ได้อย่างถูกต้อง</p>	<p style="text-align: center;"><b>ใบความรู้ 1</b> การคัดกรองโรคจิต</p> <p>ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบคัดกรอง โรคจิตขึ้นเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้ คัดกรองผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยได้มี โอกาสเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น</p>
 	<p style="text-align: center;"><b>แบบคัดกรองโรคจิต</b></p> <p>แบบคัดกรองโรคจิต ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย</li> <li>◆ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติ</li> <li>◆ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย</li> </ul>

 <p><b>การประเมินและคัดกรองโรคจิต</b> จากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล</p> <p><b>A 1: การประเมินว่ามีอาการโรคจิตหรือไม่</b></p> <p>วิธีการ: แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต (อภิชัย มงคล; 2545)</p> <p>แบบคัดกรองโรคจิต</p> <p>ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง การศึกษา.....สถานภาพสมรส.....อาชีพ.....</p> <p>รอกหรือซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่องว่างของอาการที่พบเห็น (ภายใน 1 เดือนหรือถึงกว่าหนึ่งเดือนหรือไม่) หรือไม่มีอาการตั้งแต่มีอาการของช่วง 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)</p>	<p><b>การประเมินและคัดกรองโรคจิตจากผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล</b></p> <p><b>A 1: การประเมินว่ามีอาการโรคจิตหรือไม่</b></p> <p>วิธีการ : แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต</p> <p>ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ส่วนบนของแบบคัดกรอง) ระบุ ชื่อนามสกุล เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและคำอธิบายการใช้แบบคัดกรองโดยมีความหมายว่าอาการที่มีนั้น ต้องมีอาการอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือนและมีอาการแสดงออกชัดเจนเป็นเวลา 1 เดือน</p>																																
 <p>อาการที่พบเห็น</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">อาการที่พบเห็น</th> <th colspan="2">จากสัมภาษณ์ญาติ</th> </tr> <tr> <th>ไม่มี (0)</th> <th>มี (1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. พูดเพ้อเจ้อ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ก้าวร้าว วนวาย ทำร้ายผู้อื่น</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. หวาดระวางโดยไม่มีเหตุผล</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>คะแนนรวม</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ		ไม่มี (0)	มี (1)	1. พูดเพ้อเจ้อ			2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม			3. ก้าวร้าว วนวาย ทำร้ายผู้อื่น			4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร			5. หวาดระวางโดยไม่มีเหตุผล			6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา			7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน			8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป			คะแนนรวม			<p><b>อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ อาการในข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 มีส่วนอยู่ในอาการด้านบวก</li> <li>♦ อาการในข้อ 3 มีบางส่วนอยู่ในอาการด้านอารมณ์</li> <li>♦ อาการในข้อ 4 เป็นอาการที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านลบ</li> </ul>
อาการที่พบเห็น		จากสัมภาษณ์ญาติ																															
	ไม่มี (0)	มี (1)																															
1. พูดเพ้อเจ้อ																																	
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม																																	
3. ก้าวร้าว วนวาย ทำร้ายผู้อื่น																																	
4. แยกตัวออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร																																	
5. หวาดระวางโดยไม่มีเหตุผล																																	
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา																																	
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน																																	
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป																																	
คะแนนรวม																																	
 <p>อาการที่พบเห็น</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">อาการที่พบเห็น</th> <th colspan="2">จากสัมภาษณ์คนไข้</th> </tr> <tr> <th>ไม่มี (0)</th> <th>มี (1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระวางโดยไม่มีเหตุผล</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>คะแนนรวม</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>คะแนนรวมทั้งหมด</p> <p><b>คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต</b></p> <p>โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ติ๊ก ติ๊ก ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)</p>	อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์คนไข้		ไม่มี (0)	มี (1)	ระวางโดยไม่มีเหตุผล			2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา			3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน			คะแนนรวม			<p><b>อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการต่างๆ ที่สังเกตจากผู้ป่วยมักจะเด่นชัดในกลุ่มอาการด้านบวก</li> <li>2. การกำหนดช่วงระยะเวลาที่มีอาการป่วยต้องมีอาการผิดปกติมาเรื่อยๆ 6 เดือนและมีอาการเด่นชัดอย่างน้อย 1 เดือน</li> </ol>															
อาการที่พบเห็น		จากสัมภาษณ์คนไข้																															
	ไม่มี (0)	มี (1)																															
ระวางโดยไม่มีเหตุผล																																	
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา																																	
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน																																	
คะแนนรวม																																	

<div data-bbox="212 293 802 725" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p><b>พูดเพื่อเจ้อ</b></p> <p>หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ</li> <li>2. เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน</li> <li>3. พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ</li> </ol> </div>	<p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p><b>พูดเพื่อเจ้อ</b> หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ</li> <li>2. เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน</li> <li>3. พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ</li> </ol>
<div data-bbox="225 853 793 1339" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p style="text-align: center;"><b>แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม</b></p> <p><b>ได้แก่</b> ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง</li> <li>2. ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ</li> <li>3. แก้วน้ำในที่สาธารณะ</li> <li>4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิมจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลูกขี้มโหรีในงานเทศกาลต่างๆ</li> </ol> </div>	<p><b>แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม</b> ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกาย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง</li> <li>2. ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเคราหรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ</li> <li>3. แก้วน้ำในที่สาธารณะ</li> <li>4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิมจนผิดกาลเทศะ เช่น แต่งชุดลูกขี้มโหรีในงานเทศกาลต่างๆ</li> </ol>

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น</b></p> <p><b>ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร หมายถึง พฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง</li> <li>2. แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับใคร</li> </ol> </div>	<p><b>ก้าวร้าววุ่นวายทำร้ายผู้อื่น</b> ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล แยกตัวเองออกจากสังคมไม่สูงส่งกับใคร หมายถึง พฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง</li> <li>2. แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับใคร</li> </ol>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p style="text-align: center;"><b>หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล</b></p> <p><b>มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย</li> <li>2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด</li> <li>3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม</li> <li>4. มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับ</li> <li>5. คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง</li> <li>6. มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม</li> <li>7. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง</li> </ol> </div>	<p><b>หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล</b> มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย</li> <li>2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด</li> <li>3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม</li> <li>4. มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับ</li> <li>5. คิดว่าคนรอบข้างมักนินทาหรือพูดถึงตนเอง</li> <li>6. มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม</li> <li>7. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง</li> </ol>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p><b>คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดาได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์</li> <li>2. คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร</li> <li>3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์</li> </ol> </div>	<p><b>คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดาได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์</li> <li>2. คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงินโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร</li> <li>3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์</li> </ol>

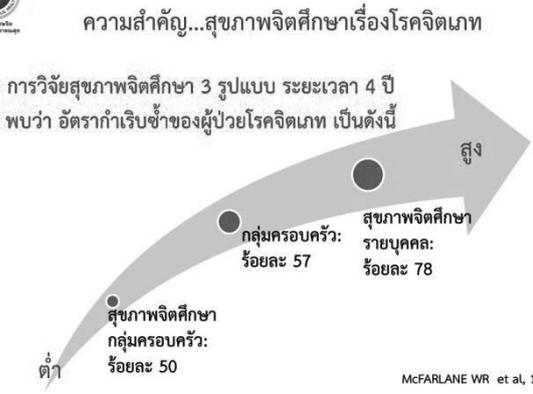
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p><b>หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน</li> <li>2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น</li> <li>3. พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับใครอยู่ (ไม่มีคู่สนทนา)</li> <li>4. ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง</li> </ol> </div>	<p><b>หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน</li> <li>2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่เห็น</li> <li>3. พูดคนเดียวเหมือนโต้ตอบกับใครอยู่ (ไม่มีคู่สนทนา)</li> <li>4. ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง</li> </ol>																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>คำอธิบายแบบสัมภาษณ์</b></p> <p><b>มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล</li> <li>2. อารมณ์เปลี่ยนไปมา</li> <li>3. กราบไหว้บ้อยโดยไม่มีเหตุผล</li> <li>4. เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ</li> </ol> </div>	<p><b>มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล</li> <li>2. อารมณ์เปลี่ยนไปมา</li> <li>3. กราบไหว้บ้อยโดยไม่มีเหตุผล</li> <li>4. เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ</li> </ol>																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>การแปลผลและการให้คะแนน</b></p> <p>การให้คะแนน แบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 3 ข้อ</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ตอบ</td> <td>ไม่มี</td> <td>ให้</td> <td>0</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ตอบ</td> <td>มี</td> <td>ให้</td> <td>1</td> <td>คะแนน</td> </tr> </table> <p>แบบคัดกรองโรคจิต มีจุดตัดคะแนนที่ 1 คะแนน ถ้าได้ 1 คะแนนให้สงสัยว่ามีโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป</p> </div>	ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน	ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน	<p style="text-align: center;"><b>การแปลผลและการให้คะแนน</b></p> <p>ควรให้คะแนน แบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 3 ข้อให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ตอบ</td> <td>ไม่มี</td> <td>ให้</td> <td>0</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ตอบ</td> <td>มี</td> <td>ให้</td> <td>1</td> <td>คะแนน</td> </tr> </table> <p><b>การแปลผล : 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต</b></p> <p>ควรให้คำแนะนำที่เหมาะสม เช่น จากการสัมภาษณ์ตามแบบคัดกรอง พบว่าอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต ควรไปรับการตรวจประเมินเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น</p>	ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน	ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน
ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน																	
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน																	
ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน																	
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน																	

<div data-bbox="199 309 810 795" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b></p> <p style="text-align: center;"><b>A 2 : การประเมินระยะเวลาที่เป็น</b></p> <p><b>วิธีการ:</b> เป็นมานานกว่า 6 เดือนโดยมีอาการต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1 เดือน ใช่หรือไม่</p> <p><b>คำตอบ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นานกว่า 6 เดือน ให้สงสัย schizophrenia</li> <li>- น้อยกว่า 6 เดือน แต่นานกว่า 1 เดือน ให้สงสัย schizophreniform disorder</li> <li>- น้อยกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 1 เดือน ให้สงสัย Brief psychotic disorder และดำเนินการตามกิจกรรมการวินิจฉัยต่อไป</li> </ul> </div>	<p style="text-align: center;"><b>การประเมินระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b></p> <p><b>A2 : การประเมินระยะเวลาที่เป็น</b></p> <p><b>วิธีการ :</b> “เป็นมานานกว่า 6 เดือนโดยมีอาการต่อเนื่องกัน อย่างน้อย 1 เดือน ใช่หรือไม่”</p> <p><b>คำตอบ :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ นานกว่า 6 เดือน ให้สงสัย schizophrenia</li> <li>◆ น้อยกว่า 6 เดือน แต่นานกว่า 1 เดือน ให้สงสัย schizophreniform disorder</li> <li>◆ น้อยกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 1 เดือน ให้สงสัย Brief psychotic disorder และดำเนินการตามกิจกรรมการวินิจฉัยต่อไป</li> </ul>
<div data-bbox="199 1070 810 1534" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์</b></p> <p style="text-align: center;"><b>A3: มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือไม่</b></p> <p><b>วิธีการ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการซึมเศร้า</li> </ol> <p>หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. ประเมินอาการ mania</li> </ol> <p>หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกันหลาย ๆ วัน ให้ประเมิน Bipolar disorder</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>การตรวจสอบความผิดปกติทางอารมณ์</b></p> <p><b>A3: มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือไม่</b></p> <p>อาการโรคจิตต้องแยกจากโรคความผิดปกติทางอารมณ์ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ โรคซึมเศร้ารุนแรง</li> <li>◆ อาการแมเนีย (mania)</li> </ul> <p><b>วิธีการ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการซึมเศร้า : หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder</li> <li>2. ประเมินอาการ mania หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกันหลาย ๆ วัน ให้ประเมิน Bipolar disorder</li> </ol>

<div data-bbox="245 277 844 741" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>1. ประเมินอาการซึมเศร้า</b></p> <p>วิธีการ : หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร</li> <li>• ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้</li> <li>• หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป</li> <li>• เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง</li> <li>• เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป</li> <li>• รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง</li> <li>• สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ</li> <li>• พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย</li> <li>• คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี</li> </ul> </div>	<p><b>1. ประเมินอาการซึมเศร้า</b></p> <p><b>วิธีการ :</b> หากมีอาการหนึ่งอาการใดจาก 9 อาการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ให้ประเมิน Major depressive disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร</li> <li>◆ ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้</li> <li>◆ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป</li> <li>◆ เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง</li> <li>◆ เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป</li> <li>◆ รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง</li> <li>◆ สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ</li> <li>◆ พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย</li> <li>◆ คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี</li> </ul>
<div data-bbox="245 1417 844 1859" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>2. ประเมินอาการ mania</b></p> <p>วิธีการ: หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกัน หลาย ๆ วัน ให้ประเมิน Bipolar disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อารมณ์ดีผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ</li> <li>• รู้สึกมีเรี่ยวแรงมาก ทำกิจกรรมมาก</li> <li>• พุดมากเกินปกติ</li> <li>• มีพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ</li> </ul> </div>	<p><b>2. ประเมินอาการ mania</b></p> <p><b>วิธีการ :</b> หากมีอาการหนึ่งอาการใดติดต่อกันหลาย ๆ วัน ให้ประเมิน Bipolar disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ อารมณ์ดีผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ</li> <li>◆ รู้สึกมีเรี่ยวแรงมาก ทำกิจกรรมมาก</li> <li>◆ พุดมากเกินปกติ</li> <li>◆ มีพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ</li> </ul>

<p> การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคทางกายร่วม</p> <p><b>A 4: ประเมินว่ามีโรคจิตเวช/ทางกายร่วมด้วยหรือไม่</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• การใช้สุราหรือสารเสพติด (เมาหรือชาดยา)</li><li>• ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง</li><li>• ภาวะสมองเสื่อม</li><li>• ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น cerebral malaria , sepsis, head injury</li><li>• โรคทางกายที่พบร่วม: โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต (เช่น สเตียรอยด์)</li></ul>	<p><b>การประเมินโรคจิตเวชหรือโรคทางกายร่วม</b></p> <p><b>A4 : ประเมินว่ามีโรคจิตเวช/ทางกายร่วมด้วยหรือไม่</b></p> <p>การใช้สุราหรือสารเสพติด (เมาหรือชาดยา)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง</li><li>◆ ภาวะสมองเสื่อม</li><li>◆ ภาวะสับสนจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น cerebral malaria, sepsis, head injury</li><li>◆ โรคทางกายที่พบร่วม : โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น สเตียรอยด์</li></ul>
<p> วิดีทัศน์สาธิตการคัดกรองโรคจิต</p> 	<p>วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมชมวิดีโอสาธิตการคัดกรองโรคจิต</p> <p>เรื่อง การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคจิต</p>
<p> ใบงาน 1 ฝึกปฏิบัติการคัดกรองโรคจิต</p> <p><b>แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 3 คน</b> <b>แต่ละกลุ่ม ได้รับกรณีศึกษากลุ่มละ 1 กรณี</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ผู้เข้าอบรมอ่านประวัติผู้ป่วย ให้สมาชิกในกลุ่มแสดงเป็นตัวละครที่เกี่ยวข้องในเรื่อง เช่น ผู้ป่วยญาติ/เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกที่เหลือแสดงเป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ฯลฯ</li><li>- ประเมินอาการต่างๆโดยใช้แบบคัดกรองโรคจิต</li><li>- หลังจากนั้นช่วยกันสรุปความผิดปกติด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และนำเสนอผลการคัดกรอง</li></ul>	<p><b>ใบงาน 1 ฝึกปฏิบัติการคัดกรองโรคจิต</b></p> <p>แบ่งกลุ่มๆ ละ 3 คน แต่ละกลุ่มได้รับกรณีศึกษา กลุ่มละ 1 กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ ผู้เข้าอบรมอ่านประวัติผู้ป่วย ให้สมาชิกในกลุ่มแสดงเป็นตัวละครที่เกี่ยวข้องในเรื่อง เช่น ผู้ป่วย ญาติ/เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกที่เหลือแสดงเป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ฯลฯ</li><li>◆ ประเมินอาการต่างๆโดยใช้แบบคัดกรองโรคจิต</li><li>◆ หลังจากนั้นช่วยกันสรุปความผิดปกติด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และนำเสนอผลการคัดกรอง</li></ul>

<div data-bbox="256 309 863 757" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>กรณีศึกษาที่ 1</b></p> <p>นายเดช อายุ 30 ปี แม่พามาส่งโรงพยาบาลด้วยอาการพูดจาวกวน ฟังไม่เข้าใจ อารมณ์หงุดหงิด ระวังกลัวคนมาทำร้าย นายเดชคิดว่า “พ่อเป็นปีศาจที่ตามหลอกหลอน” มีเสียงลึ้งบอกให้ “จัดการซะ เอาให้ตาย”</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>กรณีศึกษาที่ 1</b></p> <p>วิทยากรสรุปประเด็นจากกรณีศึกษา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีอาการพูดเพ้อเจ้อ</li> <li>2. หวาดระแวงไม่มีเหตุผล</li> <li>3. หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน</li> <li>4. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น</li> </ol> <p>รวมคะแนนจากแบบคัดกรองได้ 4 คะแนน ถือว่าผิดปกติ</p>
<div data-bbox="245 931 871 1393" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>กรณีศึกษาที่ 2</b></p> <p>น.ส.ดาว อายุ 27 ปี เรียนจบ ปวส. ทำงานบริษัทประกันมา 5 ปี ช่วง 2 ปีมานี้ เพื่อนๆสังเกตว่า น.ส.ดาวเปลี่ยนไป ไม่ยอมเข้ากลุ่มสนทนากับเพื่อนๆบอกว่า “งานมากเดียวไม่เสร็จ” (เดิม น.ส.ดาวเป็นคนช่างคุย) นอกจากนั้นการแต่งกายดูแปลกประหลาด ใส่เสื้อผ้าสามสีชั้น บอกว่า “หนาว” ทั้งที่เป็นฤดูร้อน และสีหน้าไร้อารมณ์ ในการทำงาน น.ส.ดาวผิดพลาดบ่อยจนเจ้านายเรียกไปตำหนิ</p> <p>1 เดือนก่อนมา น.ส.ดาวเก็บตัวมากขึ้น ลางานบ่อยมาก เพื่อนไปเยี่ยมที่บ้าน มารดาของ น.ส.ดาวบอกว่า น.ส.ดาวไม่พูดกับใครในบ้านมาสองสามปี กลับบ้านมากก็อยู่แต่ในห้องนอน เพื่อนพบว่าในห้องนอนมีแต่ขยะเหม็นเต็มห้อง</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>กรณีศึกษาที่ 2</b></p> <p>วิทยากรสรุปประเด็นจากกรณีศึกษา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แต่งกายลักษณะที่แปลก ไม่เหมาะสม</li> <li>2. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงลิ้งกับใคร</li> <li>3. มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป</li> </ol> <p>รวมคะแนนจากแบบคัดกรองได้ 3 คะแนน ถือว่าผิดปกติ</p>

<div data-bbox="204 286 836 770">  <p>ความสำคัญ...สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท</p> <p>การวิจัยสุขภาพจิตศึกษา 3 รูปแบบ ระยะเวลา 4 ปี พบว่า อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นดังนี้</p> <p>ต่ำ</p> <p>สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มครอบครัว: ร้อยละ 50</p> <p>กลุ่มครอบครัว: ร้อยละ 57</p> <p>สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคล: ร้อยละ 78</p> <p>สูง</p> <p>McFARLANE WR et al, 1995.</p> </div>	<div data-bbox="900 286 1410 421"> <h3>ใบความรู้ 2</h3> <h4>ความสำคัญของการแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</h4> </div> <p>ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตประเภทที่มีอาการเรื้อรัง ซ้ำซ้อนและพบได้บ่อยที่สุดของกลุ่มนี้ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคสูงกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับยารักษาโรคจิตการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มครอบครัวพบอัตราการกำเริบซ้ำของโรคต่ำกว่าการให้รายบุคคล</p> <p><b>สรุปว่า</b> การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีความสำคัญต่อการลดอัตราการกำเริบซ้ำดีกว่าวิธีอื่นๆ ดังนั้นเมื่อปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคจิต หากเป็นไปได้ควรให้กิจกรรมแบบกลุ่มเพราะ ประสิทธิภาพสูงกว่าและเกิดโอกาสพัฒนาขยาย เครือข่ายทางสังคม</p>
--	---

<div data-bbox="245 282 312 360" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภท (ต่อ) วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติ/ผู้ดูแล กับผู้ป่วยโรคจิตเภท /คนพิการทางจิต ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีในครอบครัว</li> <li>4. เพื่อให้ญาติ/ ผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิต ลดความรู้สึกคับข้องใจ รู้วิธีคลายเครียดด้วยตนเอง และมีกำลังใจในการดูแลกันและกัน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างญาติ/ ผู้ดูแล กับผู้ป่วยโรคจิตเภท/ คนพิการทางจิต ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีในครอบครัว</li> <li>4. เพื่อให้ญาติ/ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท คนพิการทางจิตลดความรู้สึกคับข้องใจ รู้วิธีคลายเครียดด้วยตนเองและมีกำลังใจในการดูแลกันและกัน</li> </ol>
<div data-bbox="245 1003 312 1081" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">วิธีการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นที่จำเป็นอย่างถูกต้อง</li> <li>3. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแลได้รับ</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>วิธีการสอนสุขภาพจิตศึกษา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นที่จำเป็นอย่างถูกต้อง</li> <li>3. ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแลได้รับ</li> </ol>

 <p>ขั้นตอนการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูล / ประวัติ ของผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในความดูแล</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ก่อนการสอนสุขภาพจิตศึกษา (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความร่วมมือในการรับปรึกษา)</p>	<p><b>ขั้นตอนการสอนสุขภาพจิตศึกษา</b></p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูล/ประวัติ ของผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในความดูแล</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ก่อนการสอนสุขภาพจิตศึกษา (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณ และความร่วมมือในการกินยา)</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลหลังการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 บันทึกติดตามการดำเนินโรค การรักษา และความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล</p>
 <p>ขั้นตอนการสอนสุขภาพจิตศึกษา (ต่อ)</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลหลังการสอนสุขภาพจิตศึกษา</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 บันทึกติดตาม การดำเนินโรค การรักษา และความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล</p>	<p><b>หัวข้อแผนการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับโรคจิตเภท</b></p> <p>หัวใจภาพพลิก โปรแกรมลดช่องว่างการบริการผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทยประกอบแผนการสอนร่วมด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ PSY 4: โรคจิตเภทคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าป่วย</li> <li>◆ PSY 5: การรักษาระยะสั้น การรักษาระยะยาว สังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำ</li> <li>◆ PSY 6: ผลข้างเคียงและการจัดการ</li> <li>◆ PSY 7: สารสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>

 <p>PSY 4: โรคจิตเภทคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าป่วย</p> <p><b>โรคจิตเภทคืออะไร</b> โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม พบได้ประมาณ 5 - 10 คนในทุก ๆ 1,000 คน ผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 18 - 30 ปี ผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20 - 40 ปี ลักษณะที่บ่งชี้ว่าป่วยเป็นโรคนี้ คือ การมีพฤติกรรมแปลก ๆ มีความเชื่องช้า ๆ หรือไม่สมเหตุสมผล ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพหลอน พูดจาไม่ปะติดปะต่อ แยกตัว หรือขาดความกระตือรือร้นในเรื่องต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดังกล่าวหลายอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงหนึ่งหรือสองอาการก็ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อาการยึดติดย้ำทำ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น</p>	<p><b>สาระสำคัญของ PSY 4</b></p> <p>โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของสมองที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม พบได้ประมาณ 5-10 คนในทุกๆ 1,000 คน ผู้ชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 18-30 ปี ผู้หญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ พบว่าสมองของผู้ป่วยมีการทำงานต่างจากคนทั่วไป</li> <li>◆ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ป่วย หมายความว่า ผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนทั่วไป เช่น เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคนี้หนึ่งร้อยคน จะมีประมาณ 7-8 คน ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งที่ไม่มีการประวัติครอบครัวเลย ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะเราทราบดีแล้วว่า โรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว</li> </ul>
 <p>PSY 4: โรคจิตเภทคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าป่วย (ต่อ)</p> <p>ในปัจจุบัน เรายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภทจะพบการทำงานของสมองแตกต่างไปจากคนทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ป่วย หมายความว่า ผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป เช่น ในเด็กหนึ่งร้อยคนที่เกิดจากพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีประมาณ 7 - 8 คนที่ป่วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งที่ไม่มีการประวัติครอบครัวเลย ปัจจุบัน ๆ ที่มีผลบ้างแต่ไม่มากนัก เช่น ความเครียด แต่ผู้ป่วยและญาติไม่ควรโทษตนเองหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคนี้ เพราะในปัจจุบันเป็นที่ทราบดีแล้วว่า โรคนี้ไม่ได้เกิดจากบุคลิกภาพ ที่อ่อนแอหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ดีของครอบครัว</p>	<p><b>การวินิจฉัยโรค</b>ในปัจจุบันอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ร่วมกับการคัดกรองในชุมชน/หน่วยบริการใกล้บ้านและการสัมภาษณ์ทางคลินิก การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตจากแพทย์เป็นหลัก ยังไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะใดที่ใช้ตรวจเพื่อบอกว่าป่วยเป็นโรคนี้ได้ การส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติมจะทำในกรณีที่แพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีโรคทางกายอื่นร่วมด้วยหรือเพื่อแยกโรคทางกายอื่นที่มีอาการแสดงคล้ายโรคจิตเภทออกไป</p>
 <p>PSY 4: โรคจิตเภทคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร ทราบได้อย่างไรว่าป่วย (ต่อ)</p> <p><b>การวินิจฉัยโรคนี้ในปัจจุบัน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและคนใกล้ชิด</li> <li>• ร่วมกับการคัดกรองในชุมชน/หน่วยบริการใกล้บ้าน</li> <li>• และการสัมภาษณ์ทางคลินิก การตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตโดยแพทย์</li> </ul>	

	<p><b>การวินิจฉัยโรคจิตเภท</b> ลักษณะบ่งชี้อย่างน้อย 2 อาการ ใน 1 เดือน เป็นมานาน 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ อาการหลงผิด</li> <li>◆ อาการประสาทหลอน</li> <li>◆ วลี ประโยค หรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกันทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือสื่อถึงเรื่องอะไร</li> <li>◆ พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการร่วนวาย อาการทางลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>PSY 5 : การรักษาระยะสั้น</b></p> <p style="text-align: center;">ผู้ป่วยราวร้อยละ 60-70 มักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิต</p> </div> <p style="text-align: center;"><b>PSY 5 : การรักษาระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยดีขึ้นจนหายปกติและไม่มีการกำเริบของโรค</li> <li>• ผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกควรรับประทานยาประมาณ 1-2 ปี</li> <li>• ผู้ป่วยที่มีอาการสองครั้งหรือมากกว่าควรรับประทานยาอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิตหลังจากที่หายเป็นปกติแล้ว</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PSY 5 : การรักษา</b></p> <p><b>การรักษาระยะสั้น</b></p> <p>ผู้ป่วยราวร้อยละ 60-70 มักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิต อย่างไรก็ตาม ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช้าโดยทั่วไปต้องใช้เวลาน้อย 2-3 สัปดาห์ กว่าที่จะเริ่มเห็นผลจากการเริ่มหรือปรับยาแต่ละครั้ง</p> <p><b>การรักษาระยะยาว</b></p> <p>โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคลมชัก เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ดีขึ้นจนหายปกติและไม่มีการกำเริบของโรคอีก แต่ผู้ป่วยที่เหลือแม้จะหายปกติแล้ว อาจมีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราวหรือในบางรายอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง การกินยารักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอาการทางจิตและลดการกำเริบของโรคได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกจึงควรกินยาต่ออีกประมาณ 1-2 ปี หลังจากที่ยาเป็นปกติแล้ว</p> <p>ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการสองครั้งหรือมากกว่าควรกินยาต่ออีกอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิตหลังจากที่ยาเป็นปกติแล้ว</p>



**PSY 5: การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำ**  
อาการเตือนที่พบบ่อยๆ????

อาการเตือน (warning sign) ก่อนการกำเริบของโรคจิต โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีอาการเตือนเบื้องต้นที่พอสังเกตได้ก่อนมีการกำเริบอาการโรคจิตรุนแรง หากสังเกตเห็นและแก้ไขอย่างรวดเร็ว จะช่วยลดถึงการเกิดอาการโรคจิตหรือช่วยลดความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นได้

อาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิตอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเตือนต่อไปนี้ ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสอบว่ากำลังจะมีการกำเริบของโรคจิตหรือไม่ และจะแก้ไขอย่างไร

**ตัวอย่างอาการเตือนที่พบบ่อย**

• สมาธิหรือความจำไม่ดี	• อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
• ความคิดแล่นช้าเกินไป	• นอนไม่หลับ
• ความคิดแล่นเร็วเกินไป	• รับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง
• วิดกกังวลหรือตื่นเครียด	• ไม่มีเรี่ยวแรงหรือไม่อยากทำอะไร
• ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย	• มีความรู้สึกว้าวุ่นต่างๆ รอบตัวเปลี่ยนไป
• โกรธหรือหงุดหงิดง่าย	• ไม่ไว้วางใจหรือระแวงผู้อื่น

**PSY 5 : การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำ**  
อาการเบื้องต้น (early sign) ของผู้ป่วยโรคจิตดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ที่อาจพบได้คือ สมาธิหรือความจำไม่ดี ความคิดแล่นช้าเกินไป ความคิดแล่นเร็วเกินไป วิดกกังวลหรือตื่นเครียด ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย โกรธหรือหงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรงหรือไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกว้าวุ่นต่างๆ รอบตัวเปลี่ยนไป ไม่ไว้วางใจหรือระแวงผู้อื่น

นอกจากนั้นญาติ/ผู้ดูแล อาจสังเกตว่าก่อนอาการโรคจิตกำเริบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวมากขึ้น ความกระตือรือร้นในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการเรียนหรือการทำงานของผู้ป่วยแยลง เป็นต้น

สำหรับอาการเตือนที่พบบ่อยๆ คือ นอนไม่หลับ สับสนหรือมากขึ้น หงุดหงิดโดยไร้เหตุผล เก็บตัว สรุป การสังเกตเห็นและแก้ไขอย่างรวดเร็ว อาจช่วยลดถึงการเกิดอาการโรคจิตหรือช่วยลดความรุนแรงของอาการโรคจิตที่จะเกิดขึ้นได้



**PSY 6: ผลข้างเคียงและการจัดการ**

ทางเลือกที่แพทย์มักใช้ในการแก้ไขกับผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท คือ

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

**PSY 6 : ผลข้างเคียงและการจัดการ**  
ทางเลือกที่แพทย์มักใช้ในการแก้ไขกับผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท คือ

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

<div data-bbox="213 293 272 365" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>PSY 6: ผลข้างเคียงและการจัดการ</b></p> <p>การแก้ไขผลข้างเคียงของยาเบื้องต้นด้วยตนเอง.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรับประทานอาหารเพิ่ม : รับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อย เช่น ผักหรือผลไม้ที่ไม่หวาน, ลดอาหารมันและมีรสหวาน, หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม (น้ำเปล่าดีที่สุด เนื่องจากไม่ให้พลังงานเลย)</li> <li>2. ท้องผูก : ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้, ดื่มน้ำมากๆ</li> <li>3. มีน้ิรชะ : ค่อย ๆ ลุกจากท่านอนหรือท่านั่งช้าๆ, หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือเย็นเกินไป และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา</li> </ol>	<p><b>การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>การรับประทานอาหารเพิ่ม</b> : รับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อย เช่น ผักหรือผลไม้ที่ไม่หวาน ลดอาหารมันและมีรสหวาน หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม (น้ำเปล่าดีที่สุด เนื่องจากไม่ให้พลังงานเลย)</li> <li>2. <b>ท้องผูก</b> : ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ</li> <li>3. <b>มีน้ิรชะ</b> : ค่อยๆ ลุกจากท่านอนหรือท่านั่งช้าๆ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือเย็นเกินไป และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา</li> </ol>
<div data-bbox="213 1097 272 1169" style="float: left; margin-right: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>PSY 6: ผลข้างเคียงและการจัดการ (ต่อ)</b></p> <p>การแก้ไขผลข้างเคียงของยาเบื้องต้นด้วยตนเอง.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. <b>ง่วงนอน</b> : ปรึกษาแพทย์ว่าสามารถปรับยาส่วนใหญ่หรือทั้งหมดไปรับประทานก่อนนอนได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถเลี้ยงได้ ควรเพิ่มเวลานอนตอนกลางคืน เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลากลางวันได้ตามปกติ</li> <li>5. <b>ปากและคอแห้ง</b> : ดื่มน้ำบ่อย ๆ, หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและกาแฟ (เพราะจะทำให้เสียน้ำ) และเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล</li> <li>6. <b>ผิวไหม้</b> : หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งจัด ๆ, ใส่เสื้อผ้า สวมหมวก หรือทาครีมกันแดด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. <b>ง่วงนอน</b> : ปรึกษาแพทย์ว่าสามารถปรับยาส่วนใหญ่หรือทั้งหมดไปรับประทานก่อนนอนได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถเลี้ยงได้ ควรเพิ่มเวลานอนตอนกลางคืน เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลากลางวันได้ตามปกติ</li> <li>5. <b>ปากและคอแห้ง</b> : ดื่มน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและกาแฟ (เพราะจะทำให้เสียน้ำ) และเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล</li> <li>6. <b>ผิวไหม้</b> : หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งจัดๆ ใส่เสื้อผ้า สวมหมวก หรือทาครีมกันแดด</li> </ol>

<div data-bbox="247 280 869 761" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;">PSY 7: ข้อเสนอแนะสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติ จึงควรติดต่อบริยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่องและควรปรึกษาทีมผู้รักษาก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยา</li> <li>2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาทีมผู้รักษา ซึ่งอาจพิจารณาให้ยาฉีดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน</li> <li>3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ</li> </ol> </div>	<p><b>PSY 7 : ข้อเสนอแนะสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงควรติดต่อบริยาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลดหรือหยุดยา</li> <li>2. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจให้ยาฉีดออกฤทธิ์ยาว (นาน 2-4 สัปดาห์) แทน</li> <li>3. ญาติควรกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากในอนาคต หลังการรักษาผู้ป่วยอาจมีความสามารถในหลายๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเองการทำงาน การเข้าสังคมที่ลดลง</li> </ol>
<div data-bbox="247 1232 869 1713" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;">PSY 7: ข้อเสนอแนะสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน</li> <li>5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ (เช่น พูดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย) ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิตีตนผู้ป่วย โดยเฉพาะหากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รบกวนผู้อื่น</li> <li>7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว</li> </ol> </div>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติจะได้เข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน</li> <li>5. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>6. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น พูดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิตีตนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รบกวนผู้อื่น</li> <li>7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว</li> </ol>

<div data-bbox="204 286 817 766">  <p>PSY 7: สารระสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ</p> <p>ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น วิ่ง เดินเร็ว แอโรบิก ฯลฯ</p>  <p>วันนี้คุณออกกำลังกายแล้วหรือยัง?</p> </div>	<p><b>PSY 7 : สารระสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ</b> <b>สำหรับผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะหายจากโรคได้</li> <li>◆ ผู้ป่วยยังต้องพยายามทำกิจกรรมด้านการเรียน การทำงาน การเข้าสังคมอย่างสม่ำเสมอเท่าที่เป็นไปได้</li> <li>◆ ปัญหาและความทุกข์ที่กำลังเผชิญอยู่จะดีขึ้นหลังรับการรักษา</li> <li>◆ ต้องรับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง</li> <li>◆ ผู้ป่วยมีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการรักษา</li> <li>◆ ผู้ป่วยต้องมีวิธีการดำรงชีวิตที่ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง เช่น กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีสุขอนามัยที่ดี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>◆ ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง</li> </ul>
<div data-bbox="204 1146 817 1585">  <p>PSY 7: สารระสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="236 1258 497 1406"> <p>อารมณ์ดี:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์</li> <li>- ทำที่ไม่เป็นมิตร</li> <li>- ยุ่งเกี่ยวทุกเรื่องของผู้ป่วย</li> </ul> </div> <div data-bbox="513 1272 651 1406">  </div> <div data-bbox="667 1258 810 1406"> <p>อารมณ์อบอุ่น:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าใจผู้ป่วย</li> <li>- ให้ความรัก</li> <li>- สร้างพลังใจ</li> </ul> </div> </div> <p>วันนี้คุณภูมิใจบ้านคุณเป็นอย่างไร?</p> </div>	<p><b>PSY 7: สารระสำคัญสำหรับผู้ป่วยและญาติ</b> <b>สำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <p>เน้นย้ำถึงความสำคัญของการยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ สมาชิกในครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยอย่างรุนแรง หรือเข้าวุ่นวายจัดการทุกเรื่องของผู้ป่วยและไม่ควรแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย เพราะมีการศึกษาสนับสนุนว่าทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ดังนั้นญาติควรมีท่าทีเป็นมิตร ให้ความรักความอบอุ่น แสดงความเข้าใจและสร้างพลังใจต่อผู้ป่วย</li> <li>◆ ผู้ป่วยโรคจิตมักถูกกีดกัน แบ่งแยกอยู่เสมอ ทั้งที่ความจริงแล้วควรจะมีสิทธิเท่าเทียมกันกับคนทั่วไป</li> <li>◆ การให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวหรือชุมชน ภายใต้งแวดล้อมที่มีการช่วยเหลือดีกว่าใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ควรหลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะยาว</li> </ul>

 <p>แนวทางการลดความเครียดของบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิต</p> <p>ยึดมั่นหลักการเกี่ยวกับทัศนคติในการมองโลกด้านบวก ดังนี้</p> <p><b>หลักการข้อที่ 1</b> การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตเป็นสิ่งสวยงามเสมอ</p> <p><b>หลักการข้อที่ 2</b> ถ้าเริ่มรู้สึกว่ามีความเครียดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตไม่ใช่สิ่งสวยงามให้ย้อนกลับไปดูหลักการข้อที่ 1</p>	<p><b>แนวทางการลดความเครียดของบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิต</b></p> <p>ยึดมั่นหลักการเกี่ยวกับทัศนคติในการมองโลกด้านบวก ดังนี้</p> <p><b>หลักการข้อที่ 1</b> การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตเป็นสิ่งสวยงามเสมอ</p> <p><b>หลักการข้อที่ 2</b> ถ้าเริ่มรู้สึกว่ามีความเครียดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท/คนพิการทางจิตไม่ใช่สิ่งสวยงาม “ให้ย้อนกลับไปดูหลักการข้อที่ 1”</p>
 <p>วิดิทัศน์เรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา</p> 	<p>วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมชมวิดิทัศน์</p> <p>เรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา</p>
 <p><b>ใบงาน 2</b></p> <p><b>ฝึกปฏิบัติ การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</b></p> <p>แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 3 คน</p> <p>คนที่ 1 เป็นผู้ป่วย</p> <p>คนที่ 2 เป็นพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>คนที่ 3 เป็นผู้สังเกตการณ์</p> <p>แต่ละกลุ่ม สลับกันฝึกปฏิบัติการแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</p>	<p><b>ใบงาน 2</b></p> <p>ฝึกปฏิบัติ การแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมเป็นกลุ่มๆ ละ 3 คน</p> <p>คนที่ 1 เป็นผู้ป่วย</p> <p>คนที่ 2 เป็นพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>คนที่ 3 เป็นผู้สังเกตการณ์</p> <p>แต่ละกลุ่ม สลับกันฝึกปฏิบัติการแจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษา</p>



## แผนการสอนที่ 4

### ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น

(เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ ในประเด็น ดังนี้

1. การรักษาโรคจิตด้วยยา
2. ผลข้างเคียงของยา
3. การช่วยเหลือเบื้องต้น

#### เนื้อหาสาระ

- ยาจิตเวชและผลข้างเคียง
- ตัวอย่างการรักษาโรคจิต
- การรักษาผลข้างเคียงและการช่วยเหลือเบื้องต้น

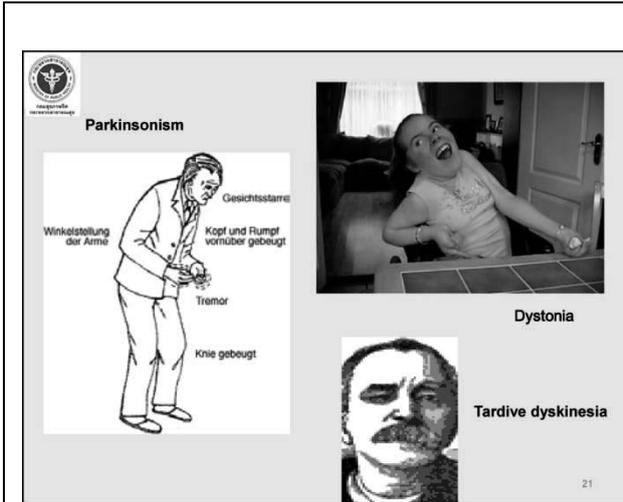
#### กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 1 ชม. 30 นาที	<p>1. วิทยากรบรรยายโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การติดตามผลการรักษา และการขาดยา และบรรยายตาม ใบความรู้ 1 ในประเด็น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาจิตเวชและผลข้างเคียง</li> <li>- ตัวอย่างการรักษาโรคจิต</li> <li>- การรักษาผลข้างเคียงและการช่วยเหลือเบื้องต้น (ผู้เข้าอบรม อาจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลที่เคยพบอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาโรคจิต)</li> </ul> <p>วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมชมวีดิทัศน์ เรื่อง เมื่อลูกของเรา เปลี่ยนไป ช่วงประเมินการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. วิทยากร สรุปรูป อภิปราย และซักถาม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วีดิทัศน์ เรื่อง การติดตามผลการรักษาและการขาดยา</li> <li>- ใบความรู้ 1</li> <li>- วีดิทัศน์ เรื่อง เมื่อลูกของเรา เปลี่ยนไป</li> </ul>

 <p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 4</b> <b>ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 4</b> <b>ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยา</b> <b>และการช่วยเหลือเบื้องต้น</b></p>
 <p style="text-align: center;"><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ ในประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรักษาโรคจิตด้วยยา</li> <li>2. ผลข้างเคียงของยา</li> <li>3. การช่วยเหลือเบื้องต้น</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ในประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรักษาโรคจิตด้วยยา</li> <li>2. ผลข้างเคียงของยา</li> <li>3. การช่วยเหลือเบื้องต้น</li> </ol>
 <p style="text-align: center;"><b>ยารักษาโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านอาการโรคจิต คือ ยับยั้งฤทธิ์ของสารสื่อ dopamine</li> <li>• ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่จะมีการดูดซึมค่อนข้างดี การกินร่วมกับอาหาร หรือยาลดกรดอาจลดการดูดซึม หลังจากดูดซึม ยาจะไหลเวียนผ่านตับก่อนที่จะไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่ของยาจะถูกทำลายที่ตับ โดยเอนไซม์ cytochrome P450 2D6 และขจัดออกทางไต</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>ยารักษาโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านอาการโรคจิต คือ ยับยั้งฤทธิ์ของสารสื่อ dopamine</li> <li>◆ ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่จะมีการดูดซึมค่อนข้างดี การกินร่วมกับอาหารหรือยาลดกรดอาจลดการดูดซึม หลังจากดูดซึมยาจะไหลเวียนผ่านตับก่อนที่จะไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่ของยาจะถูกทำลายที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P450 2D6 และขจัดออกทางไต</li> </ul>

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <h3 style="text-align: center;">ยารักษาโรคจิต</h3> <p>มี 2 กลุ่ม คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotics) ได้แก่ Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine, Fluphenazine เป็นต้น</li> <li>• ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotics) ได้แก่ Risperidone, Clozapine เป็นต้น</li> </ul> </div>	<p><b>ยารักษาโรคจิต*</b> มี 2 กลุ่ม คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotics) ได้แก่ Chlorpromazine, Haloperidol, Perphenazine, Fluphenazine เป็นต้น</li> <li>• ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotics) ได้แก่ Risperidone, Clozapine เป็นต้น</li> </ul> <p><b>* ตัวอย่างยารักษาโรคจิตที่ภาคผนวก</b></p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <h3 style="text-align: center;">การรักษาโรคจิตระยะเฉียบพลัน</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Start low, go slow</li> <li>• ควรสั่งจ่ายยาในขนาดที่ได้ผลในการรักษานานอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ แล้วจึงพิจารณาว่าได้ผลในการรักษาดีหรือไม่</li> <li>• โรคจิตในระยะเฉียบพลัน  ห้ามให้ยารักษาโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาว</li> </ul> </div>	<h3 style="text-align: center;">การใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคจิต</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ระยะเฉียบพลัน</b> เป็นการใช้ยารักษาโรคจิตทันทีหลังการประเมินวินิจฉัยพิจารณาให้ยารักษาโรคจิตเพียงชนิดเดียวในแต่ละครั้ง</li> </ul>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <h3 style="text-align: center;">การรักษาโรคจิตเรื้อรัง</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรได้รับยาในขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ เช่น haloperidol 5-15 mg/day</li> <li>• แนวโน้มรับประทานตลอดชีวิตเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>• ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ควรให้ยาฉีดรักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว</li> </ul> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ระยะเรื้อรัง</b> ส่วนใหญ่ควรได้รับยาในขนาดต่ำ ที่จะช่วยควบคุมอาการ ยาออกฤทธิ์ระยะยาว ยาต้านอาการโรคจิตที่ออกฤทธิ์ยาวเหล่านี้จะละลายในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันงา ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังอยู่ได้นาน 2-4 สัปดาห์ นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคจิตที่ต้องกินยานาน เพราะผู้ป่วยมักกินยาไม่สม่ำเสมอ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการกำเริบ ดังนั้นการรักษาโรคจิตเรื้อรังควรเน้น             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ควรได้รับยาในขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ เช่น haloperidol 5-15 mg/day</li> <li>◆ แนวโน้มกินยาตลอดชีวิตเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>◆ ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการกินยา ควรให้ยาฉีดรักษาโรคจิต ชนิดออกฤทธิ์ยาว</li> </ul> </li> </ul>

 <p><b>การพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิต</b></p> <p><b>โรคจิตเรื้อรัง</b></p> <p>ถ้าผู้ป่วยอาการดีติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายๆ ปี อาจพิจารณาหยุดยาได้ โดยชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นเมื่อกินยาต่อไปในระยะยาว</p> <p>ถ้าเป็นไปได้ ควรปรึกษาทีมผู้รักษาเพื่อร่วมพิจารณาเรื่องการหยุดยารักษาโรคจิต</p>	<p><b>การพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิต</b></p> <p><b>โรคจิตเรื้อรัง</b></p> <p>ถ้าผู้ป่วยอาการดีติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายๆ ปี อาจพิจารณาหยุดยาได้ โดยชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นเมื่อกินยาต่อไปในระยะยาว ถ้าเป็นไปได้ควรปรึกษาทeamผู้รักษาเพื่อร่วมพิจารณาเรื่องการหยุดยารักษาโรคจิต</p>										
 <p><b>ผลข้างเคียงของยา</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</th> <th>การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มักเกิดหลังได้รับยา 5 - 7 วัน</td> <td>ให้ยาแก้แพ้ เช่น artane, benzhexol</td> </tr> <tr> <td>ปากแห้ง คอแห้ง</td> <td>แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล</td> </tr> <tr> <td>ตาพร่า</td> <td>ไม่เป็นอันตรายจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นปรึกษาแพทย์</td> </tr> </tbody> </table>	อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ	การเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มักเกิดหลังได้รับยา 5 - 7 วัน	ให้ยาแก้แพ้ เช่น artane, benzhexol	ปากแห้ง คอแห้ง	แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล	ตาพร่า	ไม่เป็นอันตรายจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นปรึกษาแพทย์	<p><b>ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ส่วนใหญ่มักมีการเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มักเกิดหลังได้รับยา 5-7 วัน การรักษาควรให้ยาแก้แพ้ เช่น artane, benzhexol</li> <li>◆ ยาบางชนิดอาจพบอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล</li> <li>◆ ยาบางชนิดอาจพบอาการตาพร่ามัวซึ่งไม่เป็นอันตราย ส่วนใหญ่อาการจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์</li> <li>◆ ความดันโลหิตตก แนะนำให้ลุกยืน นิ่งอย่างช้าๆ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ</li> <li>◆ ยาส่วนน้อยอาจพบอาการผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด แนะนำให้ใส่เสื้อแขนยาว กางร่มหรือทาครีมกันแดด</li> <li>◆ อาการง่วงนอน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักร หรือ ขับซัตรีด ถ้ายังง่วงนอนมาก พบแพทย์เพื่อขอปรับยา ควรพบแพทย์เพื่อขอปรับยา</li> <li>◆ มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ อาการเหล่านี้ อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย</li> <li>◆ สำหรับยาชนิด เช่น Clozapine อาจพบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระหว่างการรักษาได้ จึงควรมีการเจาะเลือดตามที่แพทย์นัด ถ้าพบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ อาจจำเป็นต้องหยุดยา</li> </ul>		
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ										
การเคลื่อนไหวช้า มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มักเกิดหลังได้รับยา 5 - 7 วัน	ให้ยาแก้แพ้ เช่น artane, benzhexol										
ปากแห้ง คอแห้ง	แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หรือ เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ไม่มีน้ำตาล										
ตาพร่า	ไม่เป็นอันตรายจะลดลงเมื่อใช้ยาไปประมาณ 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นปรึกษาแพทย์										
 <p><b>ผลข้างเคียงของยา"(ต่อ)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</th> <th>การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความดันโลหิตตก</td> <td>แนะนำให้ลุก ยืน นิ่งอย่างช้าๆเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ</td> </tr> <tr> <td>ผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด</td> <td>ควรใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทายากันแดด</td> </tr> <tr> <td>อาการง่วงนอน</td> <td>ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักร หรือ ขับซัตรีด ถ้ายังง่วงนอนมาก พบแพทย์เพื่อขอปรับยา</td> </tr> <tr> <td>มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ</td> <td>อาการเหล่านี้ อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย</td> </tr> </tbody> </table>	อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ	ความดันโลหิตตก	แนะนำให้ลุก ยืน นิ่งอย่างช้าๆเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ	ผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด	ควรใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทายากันแดด	อาการง่วงนอน	ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักร หรือ ขับซัตรีด ถ้ายังง่วงนอนมาก พบแพทย์เพื่อขอปรับยา	มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ	อาการเหล่านี้ อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย	
อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต	การพยาบาลหรือให้คำแนะนำ										
ความดันโลหิตตก	แนะนำให้ลุก ยืน นิ่งอย่างช้าๆเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ										
ผิวหนังไหม้เมื่อถูกแสงแดด	ควรใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทายากันแดด										
อาการง่วงนอน	ควรหลีกเลี่ยงการทำงานในที่สูง ใช้เครื่องจักร หรือ ขับซัตรีด ถ้ายังง่วงนอนมาก พบแพทย์เพื่อขอปรับยา										
มีน้ำนมหลังหรือประจำเดือนผิดปกติ	อาการเหล่านี้ อาจเกิดได้แต่ไม่เป็นอันตราย										



**ผลข้างเคียงการเคลื่อนไหว (Extrapyramidal Syndrom) ได้แก่**

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

**การรักษาผลข้างเคียงข้างต้น**

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



## แผนการสอนที่ 5

### แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

(เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต

#### เนื้อหาสาระ

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

#### กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรทักทาย เกริ่นนำทั่วไป และสุ่มถามผู้เข้าอบรม 2-3 คน “แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตในเขตสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร”	ใบงาน 1
กลุ่มย่อย 5-6 คน เวลา 20 นาที	2. วิทยากรให้แบ่งกลุ่มย่อยอภิปรายในประเด็น “ปัญหาการส่งต่อในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร” 3. วิทยากรสุ่มให้ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอ 1-2 กลุ่ม และให้กลุ่มอื่นๆ เพิ่มเติมในประเด็นที่แตกต่าง	
กลุ่มใหญ่ เวลา 20 นาที	4. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ 1 ในประเด็นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>- เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช</li> <li>- เครื่องมือ เอกสารที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อ</li> </ul>	ใบความรู้ 1
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	5. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมซักถาม ในประเด็นแนวทางและเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช	

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>กลุ่มใหญ่ เวลา 25 นาที</p>	<p>6. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ 2 ในประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน</li> <li>- การเตรียมครอบครัว และชุมชน</li> </ul>	<p>ใบความรู้ 2</p>
<p>กลุ่มใหญ่ เวลา 5 นาที</p>	<p>7. วิทยากรสรุป อภิปรายและซักถาม</p>	

 <p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 5</b> <b>แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>แผนการสอนที่ 5</b> <b>แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</b></p>
 <p style="text-align: center;"><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p style="text-align: center;">เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ เรื่อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</p>	<p style="text-align: center;"><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p style="text-align: center;">เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้ เรื่อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</p>
 <p style="text-align: center;"><b>แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>ใบความรู้ 1</b> <b>กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อสม./อสส./อสค./จิตอาสา/แกนนำชุมชน คัดกรอง/ประเมิน ค้นหาผู้มีอาการโรคจิตในพื้นที่โดยใช้แบบสังเกตอาการด้านจิตใจของกรมสุขภาพจิต หากพบว่าคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนน ให้สงสัยมีอาการด้านจิตใจ และประสานส่งต่อ รพ.สต.</li> <li>2. พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขใน รพ.สต. คัดกรองซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีคะแนนเป็น 0 ให้สุขภาพจิตศึกษาและเฝ้าระวัง หากพบว่ามีคะแนนโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนน ให้สงสัยว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต และประสานส่งต่อ รพช.</li> </ol>

	<p>3. พยาบาล/ผู้รับผิดชอบในรพช. คัดกรองซ้ำด้วยแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีคะแนนเป็น 0 ให้สุขภาพจิตศึกษาและเฝ้าระวัง หากพบว่าคะแนนโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนน ให้สงสัยว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต และส่งพบแพทย์</p> <p>4. แพทย์/ แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน)/ จิตแพทย์ ใน รพช. ให้การวินิจฉัยรักษา และติดตามต่อเนื่อง ในกรณีเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการ พิจารณาประสานส่งต่อ รพท./รพศ. ตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละจังหวัด/ เขตสุขภาพ</p> <p>5. แพทย์/ แพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน)/ จิตแพทย์ ใน รพท./รพศ. ให้การวินิจฉัย รักษา หรือให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute care) หากเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการให้ประสานส่งต่อกับโรงพยาบาลจิตเวชตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละจังหวัด/ เขตสุขภาพ</p> <p>6. จิตแพทย์ ใน รพจ. ให้การวินิจฉัย รักษา จำหน่ายและส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p><b>หมายเหตุ</b> แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต./ รพช./ รพท./ รพศ.) ให้ยึดตามแนวทางการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/ เขตสุขภาพ</p>
 <p>ข้อตกลงก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะทางกายจากแพทย์ และได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่</li> <li>2. แพทย์/ จิตแพทย์ในพื้นที่ประสานกับจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช</li> </ol>	<p><b>ข้อตกลงก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะทางกายจากแพทย์ และได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่</li> <li>2. แพทย์/ จิตแพทย์ในพื้นที่ประสานกับจิตแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวช</li> </ol>



เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ยาก ซ้ำซ้อนในการรักษา โดยมีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา
2. ผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดหรือสุราที่มีอาการทางจิต
3. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ตามเกณฑ์จำแนกดังนี้
  - 3.1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
  - 3.2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
  - 3.3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
  - 3.4 มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชืด วางเพลิง)
4. ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น
5. ผู้ป่วยโรคจิตตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละเขตสุขภาพ

เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ยาก ซ้ำซ้อนในการรักษา โดยมีเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ดังนี้

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

 <b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญ</b> ก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช									
	CBC	Electrolytes	BUN/Cr	LFT	CXR	Urine Substance	EKG	DTX	O <sub>2</sub> Sat
ผู้ป่วยทั่วไป	✓	✓						✓	✓
ผู้ป่วยเรื้อรัง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
ผู้ป่วยสูงอายุ	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
ผู้ป่วยที่ใช้ Alcohol	✓	✓	✓	✓				✓	✓
ผู้ป่วยสารเสพติด	✓	✓				✓		✓	✓

หมายเหตุ  
ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์/ จิตแพทย์

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช**

ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญ ดังนี้

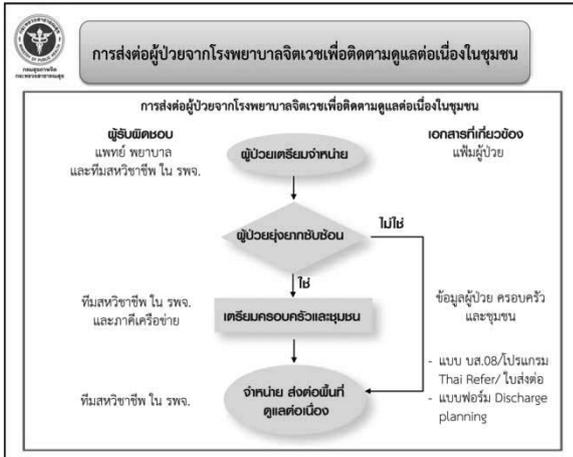
1. ผู้ป่วยทั่วไป ตรวจ CBC, Electrolytes, DTX, O<sub>2</sub> Sat
  2. ผู้ป่วยเรื้อรัง ตรวจ CBC, Electrolytes, BUN/Cr, LFT, CXR, Urine Substance, DTX, O<sub>2</sub> Sat
  3. ผู้ป่วยสูงอายุ ตรวจ CBC, Electrolytes, BUN/Cr, LFT, EKG, DTX, O<sub>2</sub> Sat
  4. ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์ ตรวจ CBC, Electrolytes, BUN/Cr, LFT, DTX, O<sub>2</sub> Sat
  5. กลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด ตรวจ CBC, Electrolytes, Urine Substance, DTX, O<sub>2</sub> Sat
- ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์/ จิตแพทย์

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

**วัตถุประสงค์ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ**

1. CBC เพื่อหาความผิดปกติของเลือด
2. Electrolytes เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะ hyponatremia, hypernatremia, hypokalemia, hyperkalemia
3. BUN/ Creatinine เพื่อแยก uremia, acute renal failure
4. Liver enzyme (LFT) เพื่อแยก hepatitis, hepatic failure
5. CXR เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของปอด
6. Urine substance เพื่อตรวจหาสารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา
7. EKG เพื่อตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด
8. DTX (FBS) เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด hypoglycemia และ hyperglycemia
9. O<sub>2</sub> Sat เพื่อตรวจหาปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด





## ใบความรู้ 2

### กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชประเมินอาการเมื่อพบว่าผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น ให้เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย
2. แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ประเมินว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนหรือไม่
  - ◆ ถ้าไม่มีปัญหาสามารถจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่อง โดยได้รับการยินยอมจากญาติ/ผู้ดูแล
  - ◆ กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ให้พยาบาลประสานญาติ/ผู้ดูแล ญาติ/ผู้ดูแล ญาติ/ผู้ดูแล ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่าย
3. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชน ในการวางแผนจำหน่าย
4. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช จำหน่ายผู้ป่วย และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ (บส.08)/ โปรแกรม Thai Refer/ ใบส่งต่อ/ แบบฟอร์ม Discharge planning

<div data-bbox="199 324 769 790" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>การเตรียมครอบครัวและชุมชน</b></p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>2. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับ และลดการตีตรา (Stigma) และให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้</li> <li>3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และสามารถทำงานได้ตามศักยภาพ</li> <li>4. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของญาติ</li> </ol> </div>	<p style="text-align: center;"><b>การเตรียมครอบครัวและชุมชน</b></p> <p>โรคจิตเป็นโรคเรื้อรัง การเตรียมครอบครัวและชุมชนเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง รวมถึงแหล่งสนับสนุน แหล่งช่วยเหลือในชุมชน ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ และมีความมั่นใจ เกิดกำลังใจ พร้อมทั้งจะรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>2. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับ และลดการตีตรา (Stigma) และให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้</li> <li>3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และสามารถทำงานได้ตามศักยภาพ</li> <li>4. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของญาติ</li> </ol>
<div data-bbox="199 1451 769 1917" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>ประเด็นสำหรับการเตรียมครอบครัวและชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย</li> <li>2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต อาการ การรักษา ผลข้างเคียง และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>3. บทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของครอบครัวและชุมชน</li> <li>5. แหล่งดูแลช่วยเหลือในชุมชน และการส่งต่อเครือข่ายสุขภาพ</li> </ol> </div>	<p><b>ประเด็นสำหรับการเตรียมครอบครัวและชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต อาการ การรักษา ผลข้างเคียง และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>3. บทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตร่วมกันของครอบครัวและชุมชนแหล่งดูแลช่วยเหลือในชุมชน และการส่งต่อเครือข่ายสุขภาพ</li> </ol>

<div data-bbox="188 277 766 734">  <p style="text-align: center;"><b>การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตและวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</li> <li>2. ศึกษาข้อมูลชุมชนโดยประสานเครือข่ายสุขภาพและประเมินสภาพแวดล้อม รวมถึงเส้นทางการเดินทางไปยังบ้านผู้ป่วย</li> <li>3. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง (ทีมสหวิชาชีพ) เพื่อวางแผนการเตรียมครอบครัวและชุมชน รวมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบ</li> <li>4. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเตรียมครอบครัวและชุมชน เช่น แบบประเมินต่าง ๆ แผ่นพับความรู้ที่จำเป็น เป็นต้น</li> <li>5. ประสานเครือข่ายเพื่อกำหนดวัน สถานที่และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อบต. ญาติ/ ผู้ดูแล</li> </ol> </div>	<p><b>การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงาน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตและวิเคราะห์ปัญหาของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</li> <li>2. ศึกษาข้อมูลชุมชนโดยประสานเครือข่ายสุขภาพและประเมินสภาพแวดล้อม รวมถึงเส้นทางการเดินทางไปยังบ้านผู้ป่วย</li> <li>3. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง (ทีมสหวิชาชีพ) เพื่อวางแผนการเตรียมครอบครัวและชุมชน รวมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบ</li> <li>4. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเตรียมครอบครัวและชุมชน เช่น แบบประเมินต่าง ๆ แผ่นพับความรู้ที่จำเป็น เป็นต้น</li> <li>5. ประสานเครือข่ายเพื่อกำหนดวัน สถานที่และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อบต. ญาติ/ ผู้ดูแล (ตามบริบทของพื้นที่)</li> </ol>
<div data-bbox="177 1211 774 1693">  <p style="text-align: center;"><b>การเตรียมครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว</li> <li>2. ประเมินทัศนคติ ความเข้าใจและความคาดหวังของครอบครัวต่อตัวผู้ป่วย</li> <li>3. สํารวจข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแลเพิ่มเติม เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>4. ให้การปรึกษาปัญหาส่วนตัวที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>5. ให้ความรู้ ความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลเฝ้าระวังอาการกำเริบ และการกักกันยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>6. วางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว</li> <li>7. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</li> </ol> </div>	<p style="text-align: center;"><b>การเตรียมครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว โดยการแนะนำทีมงาน แจ้างถึงวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัว ใช้วาจาสุภาพในการสื่อสารและให้เกียรติ</li> <li>2. ประเมินทัศนคติ ความเข้าใจและความคาดหวังของครอบครัวต่อตัวผู้ป่วย โดยการรับฟังปัญหาของญาติ/ ผู้ดูแล ให้ได้ระบายความทุกข์ยากในการดูแลผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ</li> <li>3. สํารวจข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>4. ให้การปรึกษาปัญหาส่วนตัวที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ/ ผู้ดูแล เช่น ปัญหาการดูแลปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาอื่น ๆ รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา</li> </ol>

	<p>5. ให้ความรู้ ความเข้าใจและเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแล ปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับอาการป่วยและการดูแลรักษา รวมทั้งเฝ้าระวังอาการกำเริบ และการกักกันยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>6. วางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว โดยทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของครอบครัว แสดงความเห็นใจให้กำลังใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว</p> <p>7. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยหน่วยงานให้การช่วยเหลือ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ โรงพยาบาลชุมชน สถานบริการในระดับอำเภอที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้น การให้ยาต่อเนื่อง การประเมินรับรองความพิการกรณีผู้ป่วยรายเก่า การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา เป็นต้น</li> <li>◆ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีบริการผู้ป่วยในจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรงหรือก้าวร้าวต้องรับไว้ในโรงพยาบาล</li> <li>◆ สถานีตำรวจและศูนย์เรนทร เป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง</li> <li>◆ สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด ทำหน้าที่จดทะเบียนคนพิการทางจิต และเป็นแหล่งความช่วยเหลือสวัสดิการทางสังคมแก่คนพิการ</li> <li>◆ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด เป็นสถานที่ฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และพร้อมเข้าฝึกอาชีพ</li> </ul>
--	--


**บทบาทของญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต**

1. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ใช้การสื่อสารทางบวก ไม่ตำหนิ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา
2. ดูแลการกินยาอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงหรือผิดปกติ
3. ช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขอนามัย และการอยู่ร่วมกับครอบครัว
4. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่
5. สังเกตอาการ พฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติ
6. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ชุมชน สังคม

**บทบาทของญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต**

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ญาติ/ ผู้ดูแล เป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดใน การดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ญาติ/ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

1. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ใช้การสื่อสารทางบวก ไม่ตำหนิ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ดูแลการกินยาอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงหรือผิดปกติ และเมื่อพบอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ก่อน ไม่ควรเพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง

3. ช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขอนามัย เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ รับประทานอาหาร ฯลฯ และการอยู่ร่วมกับครอบครัว เช่น การจัดเก็บที่นอน การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การล้างจาน การซักผ้า การทิ้งขยะ การขับถ่าย ฯลฯ รวมทั้งประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เพื่อฟื้นฟูความสามารถให้กลับมาได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรให้อยู่เฉยๆ หรือมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา เกียจคร้าน ซึ่งจะเป็นภาระของญาติ/ ผู้ดูแลในระยะยาว

5. สังเกตอาการ พฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น พูดคนเดียว หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ญาติ/ ผู้ดูแลไม่ควรตำหนิ หรือกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย หากอาการเกิดขึ้นบ่อยรุนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ควรปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้าน

	<p>6. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้</p>
<div data-bbox="213 443 820 922" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p style="text-align: center;"><b>การเตรียมชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน</li> <li>2. ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต</li> <li>3. เตรียมความพร้อม วางแผน กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับชุมชน</li> <li>4. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>5. ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลังจากการเตรียมครอบครัวและชุมชน</li> </ol> </div>	<p style="text-align: center;"><b>การเตรียมชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน โดยการแนะนำทีมงาน แจ้งวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมชุมชน ใช้วาจาสุภาพในการสื่อสารและให้เกียรติ</li> <li>2. ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย ผลกระทบและความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>3. เตรียมความพร้อม วางแผน กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตร่วมกับชุมชน</li> <li>4. ให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือ เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>5. ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลังจากการเตรียมครอบครัวและชุมชน</li> </ol> <p>โดยสรุปการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิต การติดตามดูแลต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ป้องกันการกำเริบและการป่วยซ้ำ ส่งผลให้ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง และเกิดความปลอดภัยต่อสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคม</p>



**แผนการสอนที่ 6**  
**การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน**  
**เวลา 2 ชั่วโมง**  
**(บรรยาย 1 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง)**

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้วิทยากรสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะ ในประเด็นการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

**เนื้อหาสาระ**

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

**กิจกรรมการเรียนรู้การสอน**

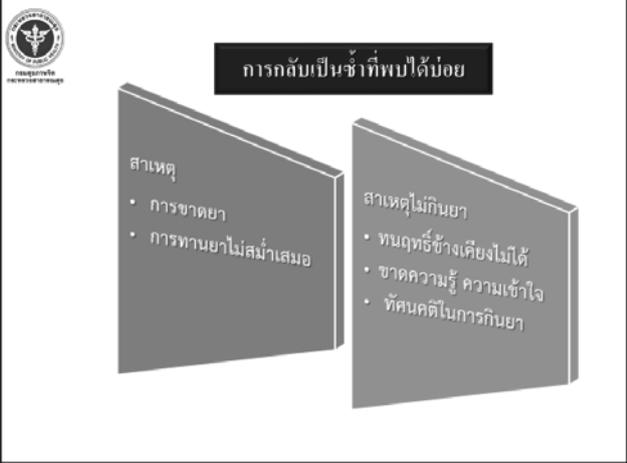
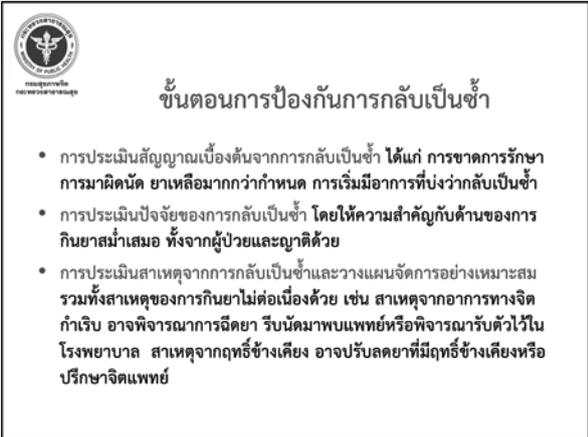
การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ เวลา 10 นาที	1. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมว่า “ท่านติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร”	ใบความรู้
กลุ่มใหญ่ เวลา 50 นาที	2. วิทยากรบรรยายตามใบความรู้ ในประเด็นดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>◆ การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต เช่น การจัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับ</li> </ul>	

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	ขั้นตอน	สื่อ/อุปกรณ์
<p>แบ่งกลุ่ม 5-6 คน ฝึกปฏิบัติ เวลา 60 นาที</p>	<p>อาการ แนวทางการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และ การดูแลช่วยเหลือจำแนกตามกลุ่มอาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ บทบาทของพยาบาล/ บุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต./ รพช./ รพท./รพศ.) อสม./ อสส./ อสค.และญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>◆ เครื่องมือ/ แบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วย โรคจิตในชุมชน</li> <li>◆ ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้าน</li> </ul> <p>3. แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชน และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</p> <p>4. วิทยากรสุ่มถามผู้เข้าอบรมถึงผลการฝึกปฏิบัติ สรุป อภิปราย ชักถาม</p>	

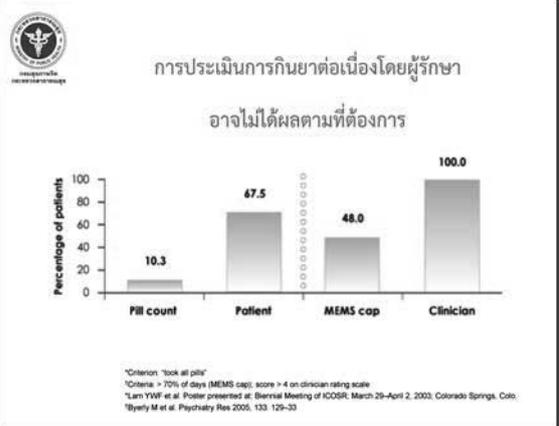
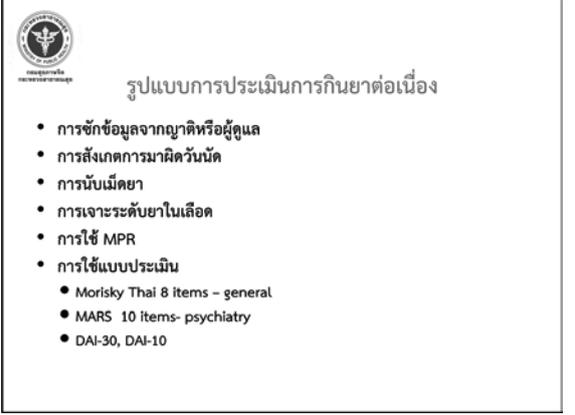


<div data-bbox="178 277 772 669">  <p><b>ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตต่อเนื่อง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การดูแลช่วยเหลือ และเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคจิตภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพช.รพ.สต. ร่วมกับ อสม./อสส./อสค./จิตอาสาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> </ul> </div>	<p><b>การดูแลผู้ป่วยโรคจิตต่อเนื่อง</b> หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตภายใต้สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. ร่วมกับ อสม./อสส./อสค./จิตอาสา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การเฝ้าระวัง ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้อาการกลับเป็นซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งประสานส่งต่อกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน</p>
<div data-bbox="178 781 772 1173">  <p><b>ความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ธรรมชาติการดำเนินของโรคที่เรื้อรัง เป็นๆ หายๆ</li> <li>• ผลลัพธ์หลายแบบของโรคจิตเภท</li> <li>• ส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เสียหน้าที่ทางสังคม การใช้ชีวิตและการทำงานของผู้ป่วย</li> </ul> </div>	<p><b>ความสำคัญของการดูแลเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</b></p> <p>◆ <b>ทำไมการกลับเป็นซ้ำจึงสำคัญต่อผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <p>การดำเนินโรคที่เรื้อรัง เป็นๆ หายๆ ทำให้โรคจิตจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดการรักษา มีรายงานวิจัยว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคนี้ (60%) ขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดการรักษาภายใน 1 ปี ทำให้กลับเป็นซ้ำได้ถึง 60% เทียบกับการกินยาต่อเนื่องซึ่งมีการกลับเป็นซ้ำแค่ 20% การกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ส่งผลต่อการบกพร่องทางสมองและหน้าที่การงานไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนป่วย</p>
<div data-bbox="150 1368 791 1872">  <p><b>คำจำกัดความของการกลับเป็นซ้ำ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล</li> <li>• ความรู้สึกว่าเพิ่มภาวะในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>• การมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น</li> <li>• การเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้เกิดการทำลายข้าวของหรือมนุษย์</li> <li>• เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> </ul> <p><small>Csernansky J.G. et al,New England Journal medicine2002;346:16-22.</small></p> </div>	<p><b>การกลับเป็นซ้ำ</b> หมายถึง การเริ่มกลับมามีอาการซึ่งสามารถสังเกตได้จากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบการให้บริการที่เปลี่ยนไปหรือระดับคะแนนที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การมีอาการที่ส่อว่าอาจมีพฤติกรรมรุนแรงแก่ตนเอง ข้าวของบุคคลอื่น</li> <li>2. ความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากการควบคุมดูแลอาการของญาติ</li> <li>3. การรับไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>4. เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> </ol> <p>เป้าหมายของโรคจิตยังเป็นการลดการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แต่การกลับเป็นซ้ำยังพบได้ร้อยละ 1.5 ต่อเดือนสำหรับผู้ป่วยใน และร้อยละ 3-4 ต่อเดือนสำหรับผู้ป่วยนอก</p>

 <p>การกลับเป็นซ้ำส่งผลต่อการสูญเสียเนื้อสมองส่วนเทา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>Normal Subjects With Subjects Schizophrenia Difference</p> <p>Adapted from: Thompson PM, et al. Proc Natl Acad Sci USA. 2001;98(20):11650-11655</p>	<p><b>การกลับเป็นซ้ำส่งผลต่อการสูญเสียเนื้อสมองส่วนเทา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท</b></p>
 <p>ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>การกินยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยา</p> <p>การใช้สารเสพติด</p> <p>การขาดความมั่นใจในตนเอง</p> <p>การขาดความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติ</p> <p>การมีหน้าที่ด้านลบและหลุดทิ้งผู้ป่วย</p> <p>ผลลัพธ์โรคไม่ดี</p> <p>~42% ของผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชสม่ำเสมอจะสามารถกลับเป็นซ้ำได้ภายใน 1 ปี หลังการออกจากโรงพยาบาล</p> <p>1. Schooler, J Clin Psychiatry 2003;64:14-17; 2. Kane, CNS Spectr 2007;12(10 suppl 17):21-26</p>	<p><b>ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือการขาดยา ทั้งสองกรณีส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของอาการได้ในที่สุด มีรายงานว่าการใช้ยาฉีดระยะยาว (Long acting antipsychotic) สามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าการกินยาและการกินยาโดยมีการให้คำแนะนำ/ควบคุมดูแลจะส่งผลดีต่อการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าการกินยาคนเดียว</li> <li>2. การมีภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลหรือขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง</li> <li>3. การขาดความสามารถในการทำหน้าที่ได้ปกติเหมือนผู้อื่น</li> <li>4. ญาติมีท่าทีในด้านลบต่อผู้ป่วยหรือทอดทิ้งไม่ดูแล</li> <li>5. การใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า กัญชา</li> </ol>

	<p><b>การกลับเป็นซ้ำที่พบได้บ่อย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การกินยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา เป็นสาเหตุที่สำคัญในการกลับเป็นซ้ำเป็น 5 เท่าของสาเหตุอื่นๆ</li> <li>◆ สาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ การมีอาการกำเริบของโรค ทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ และการขาดความรู้/ทัศนคติที่ดีในการกินยา</li> </ul> <p>การกินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านนี้เป็นพิเศษ</p>
	<p><b>ขั้นตอนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การค้นหาสัญญาณเบื้องต้นว่าผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือไม่</li> <li>2. การประเมินปัจจัยดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>3. การค้นหาสาเหตุในการกลับเป็นซ้ำโดยส่วนใหญ่</li> </ol> <p>การกินยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญในการกลับเป็นซ้ำ จึงควรดูแลและจัดการประเด็นทุกครั้ง</p>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• การสังเกตอาการและอาการข้างเคียงจากยา</li> <li>• การปรับระยะเวลาการนัดเร็วขึ้น</li> <li>• การให้ความรู้เรื่องการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ</li> <li>• การส่งต่อเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลการกินยาต่อเนื่อง (home visit)</li> <li>• โปรแกรมการจัดการกินยาต่อเนื่อง</li> <li>• การทำความคิดและพฤติกรรมบำบัด</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การปรับขนาดของยาเพื่อลดอาการข้างเคียง</li> <li>• การใช้ยาฉีดระยะยาว ได้แก่ Fendec , Haldol Decanoate, Fluanxol Depot, Clopixal Depot และ Risperidol Consta</li> </ul>	<p><b>การจัดการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ</b></p> <p><b>การดูแลทางสังคมจิตใจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การสังเกตอาการและอาการข้างเคียงจากยา</li> <li>◆ การปรับระยะเวลาการนัดเร็วขึ้น</li> <li>◆ การให้ความรู้เรื่องการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ</li> <li>◆ การส่งต่อเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลการกินยาต่อเนื่อง (home visit)</li> <li>◆ โปรแกรมการจัดการกินยาต่อเนื่อง</li> <li>◆ การทำความคิดและพฤติกรรมบำบัด</li> </ul>

	<p><b>การรักษาด้วยยา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ การปรับขนาดของยาเพื่อลดอาการข้างเคียง</li> <li>◆ การใช้ยาฉีดระยะยาว ได้แก่ Fendec, Haldol Decanoate, Fluanxol Depot, Clopixal Depot และ Risperidol Consta</li> </ul> <p>เน้นการดูแลทั้งด้านยาและสังคมจิตใจพบว่าหลายตัวอย่างสามารถนำมาเป็นกลยุทธ์ในการดำเนินการลดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข การป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีที่สุดคือ การมีกลยุทธ์ประเมินการกินยาต่อเนื่อง การจัดการที่ผสมผสานระหว่างด้านยาและสังคมจิตใจจะดีกว่าอย่างใดอย่างหนึ่ง</p>																
<p><b>การกินยาสม่ำเสมอในโรคจิตจะมีน้อยกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มผู้ป่วย</th> <th>ระยะเวลา (เดือน)</th> <th>จำนวนการศึกษา</th> <th>อัตราการกินยาสม่ำเสมอ (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ยาต้านโรคจิต</td> <td>3-24</td> <td>24</td> <td>~58</td> </tr> <tr> <td>ยาต้านซึมเศร้า</td> <td>1.5-12</td> <td>10</td> <td>~65</td> </tr> <tr> <td>ยาทั่วไปทางกาย</td> <td>0.25-10</td> <td>12</td> <td>~76</td> </tr> </tbody> </table> <p>Data shown are mean and range Cramer J, Rosenheck R. Psychiatr Serv 1998;49:196-201</p>	กลุ่มผู้ป่วย	ระยะเวลา (เดือน)	จำนวนการศึกษา	อัตราการกินยาสม่ำเสมอ (%)	ยาต้านโรคจิต	3-24	24	~58	ยาต้านซึมเศร้า	1.5-12	10	~65	ยาทั่วไปทางกาย	0.25-10	12	~76	<p><b>ความสม่ำเสมอในการกินยา</b></p> <p>การกลับเป็นซ้ำในเวชปฏิบัติมีปริมาณ 3 เท่าเทียบกับที่ควรจะเป็นเหตุผลหลักของการกลับเป็นซ้ำ คือการกินยาไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการตัดสินใจที่บกพร่องและการขาดการรับรู้ผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเอง นอกจากนี้การไม่ตระหนักถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้จากการกินยายังเป็นสาเหตุรองด้วยทำให้ปฏิเสธที่จะกินยาสม่ำเสมอ</p> <p>จากภาพนี้แสดงให้เห็นถึงอัตราการกินยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจะมีอัตราการกินยาสม่ำเสมอที่ต่ำที่สุดประมาณ 58% ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประมาณ 65% และผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคจิตเวช ประมาณ 76% (Cramer et al., 1998)</p>
กลุ่มผู้ป่วย	ระยะเวลา (เดือน)	จำนวนการศึกษา	อัตราการกินยาสม่ำเสมอ (%)														
ยาต้านโรคจิต	3-24	24	~58														
ยาต้านซึมเศร้า	1.5-12	10	~65														
ยาทั่วไปทางกาย	0.25-10	12	~76														

 <p><b>รูปแบบของการกินยาสม่ำเสมอ</b></p> <p>Adherent 39% Non-adherent 18% Partial adherence 43%</p> <p>● 60-70% ของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการรักษาไม่สม่ำเสมอภายใน 1 ปี</p> <p>Valenstein M, Genoczy D, McCarthy JF et al. J Clin Psychiatry 2006; 67: 1542-50. Librell J, Jones-Ussughin JE, MacFarlane J. Disease Management Digest 2005; 9(2): 33-40. Donchue G, Owen N, O'Donnell C et al. Eur Psychiatry 2001; 16: 293-98. Kane JM. J Clin Psychiatry 1983; 44(6 Pt 2): 3-6. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC et al. Med Care 2002; 40: 630-39. Williams CL, Johnstone BM, Kesterson JS et al. Med Care 1999; 37(4 Suppl 1): PS81-86.</p>	<p><b>รูปแบบของความสม่ำเสมอในการกินยา พบว่ามี 3 กลุ่ม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยที่ประเมินจากวิธีต่างๆ แล้วว่ามีการกินยาสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 1 ปีพบร้อยละ 39</li> <li>2. ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอบางครั้ง (partial adherence) พบร้อยละ 43</li> <li>3. ผู้ป่วยที่ขาดยาเป็นประจำ (poor adherence) พบร้อยละ 18 ในกลุ่มที่เป็น partial และ poor adherence มีถึงร้อยละ 61 และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำทั้งคู่</li> </ol>										
 <p><b>การประเมินการกินยาต่อเนื่องโดยผู้รักษา</b></p> <p>อาจไม่ได้ผลตามที่ต้องการ</p> <table border="1"> <tr> <th>Method</th> <th>Percentage of patients</th> </tr> <tr> <td>Pill count</td> <td>10.3</td> </tr> <tr> <td>Patient</td> <td>67.5</td> </tr> <tr> <td>MEMS cap</td> <td>48.0</td> </tr> <tr> <td>Clinician</td> <td>100.0</td> </tr> </table> <p><small>*Criterion "took all pills" *Criteria &gt; 70% of days (MEMS cap); score &gt; 4 on clinician rating scale *Lars YWF et al. Poster presented at: Biennial Meeting of ICOSR, March 29-April 2, 2003, Colorado Springs, Colo. *Byerly M et al. Psychiatry Res 2005; 133: 129-33</small></p>	Method	Percentage of patients	Pill count	10.3	Patient	67.5	MEMS cap	48.0	Clinician	100.0	<p><b>การประเมินการกินยาสม่ำเสมอโดยผู้รักษา</b></p> <p>จากภาพนี้พบว่าผู้รักษาอาจทำการวินิจฉัยภาวะกินยาสม่ำเสมอผิดพลาดเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ได้แก่ การนับเม็ดยาและการติดเครื่องรับสัญญาณไว้ที่ฝากระปุก พบว่า ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอจะเหลือเพียงร้อยละ 48 และ 10.3 เท่านั้น ฉะนั้นการประเมินการกินยาอาจต้องใช้หลายกลวิธีและเปรียบเทียบกัน ผู้รักษาอาจต้องเปิดใจและรับฟัง ผู้คัดกรองภาวะกินยาสม่ำเสมอด้วย</p>
Method	Percentage of patients										
Pill count	10.3										
Patient	67.5										
MEMS cap	48.0										
Clinician	100.0										
 <p><b>รูปแบบการประเมินการกินยาต่อเนื่อง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การซักข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล</li> <li>• การสังเกตการมาผิดวันนัด</li> <li>• การนับเม็ดยา</li> <li>• การเจาะระดับยาในเลือด</li> <li>• การใช้ MPR</li> <li>• การใช้แบบประเมิน             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morisky Thai 8 items - general</li> <li>• MARS 10 items- psychiatry</li> <li>• DAI-30, DAI-10</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>รูปแบบการประเมินการกินยาต่อเนื่อง</b></p> <p>มีหลากหลายวิธี ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การซักข้อมูลจากญาติหรือผู้ดูแล</li> <li>2. การสังเกตการมาผิดวันนัด</li> <li>3. การนับเม็ดยา</li> <li>4. การเจาะระดับยาในเลือด</li> <li>5. การใช้ MPR</li> <li>6. การใช้แบบประเมินภาวะของ drug adherence ได้แก่ Morisky หรือ MARS</li> </ol>										



**การจัดการกับการกินยาไม่ต่อเนื่อง**  
(Adherence intervention)

- การประเมินสาเหตุการกินยาไม่สม่ำเสมอ
- ทารูปแบบที่แก้ไขปัญหามีหลายวิธี ได้แก่
  - > แพทย์ : การปรับขนาดของยาเพื่อลดอาการข้างเคียง
  - > การใช้ยาชนิดระยะยาว ได้แก่ Fendec, Haldol Decanoate, Fluanxol Depot, Clopixol Depot และ Risperidol Consta



**Adherence intervention**

- > การใช้ระบบเตือน (reminder)
- > การเริ่มใช้กระบวนการสังคมจิตใจ (Early psychosocial therapy) ได้แก่ การปรับทัศนคติในการรักษา การให้คำปรึกษาเรื่องยาและอาการข้างเคียง การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วย การใช้แรงจูงใจเชิงบวก
- > การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาในรายที่มีความซับซ้อน

**การจัดการกับภาวะการกินยาไม่ต่อเนื่อง**  
(Adherence intervention)

หลังจากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มการขาดยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องแล้วให้พิจารณาว่าปัญหาของการกินยาไม่ต่อเนื่องดังกล่าวมาจากสาเหตุใดแล้วจัดการที่สาเหตุนั้น บางครั้งอาจพบสาเหตุของการกินยาไม่ต่อเนื่องได้หลายวิธี และจำเป็นต้องประสานงานกับหลายวิชาชีพ ได้แก่ การเดินทางและค่าใช้จ่าย อาจพิจารณาการส่งต่อกลับบ้านหรือตามสิทธิของผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ได้รับยาต่อเนื่อง

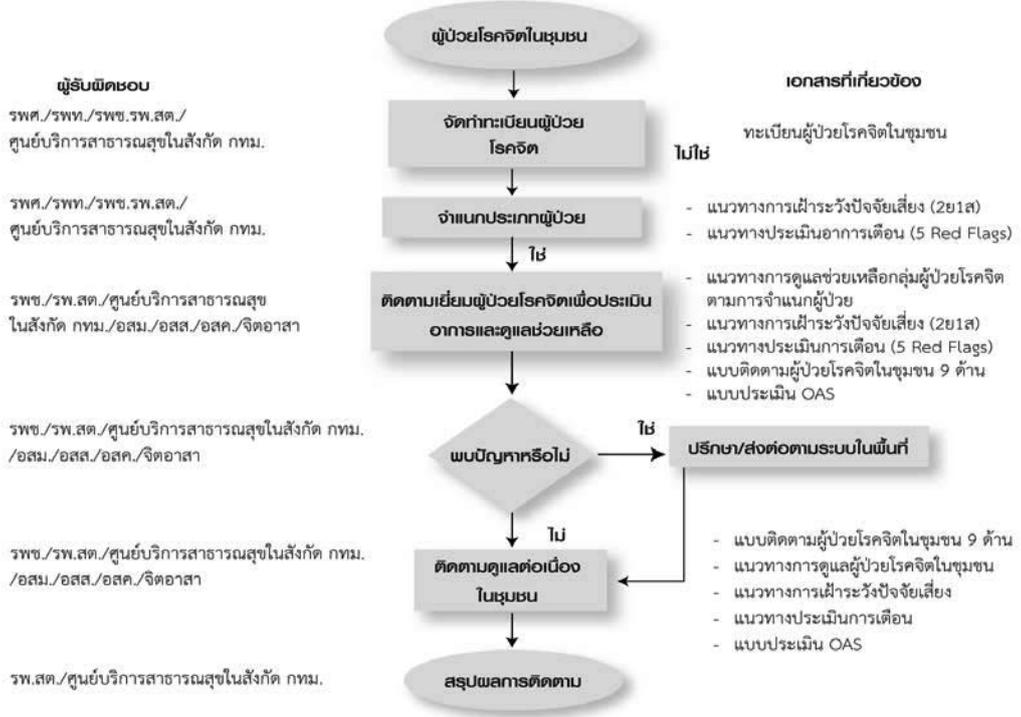
ในส่วนของแพทย์ ปัญหาที่เกี่ยวข้องมักเกิดจากอาการทางจิตหรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจพิจารณาปรับขนาดยาหรือมีดยาเพื่อให้เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและการดูแลจากญาติ การฉีดยาระยะยาวที่ออกฤทธิ์ 1 เดือน อาจเหมาะสมกว่า เป็นต้น

ทีมสหวิชาชีพอาจใช้กระบวนการสังคมจิตใจ ที่สำคัญมากที่สุด ได้แก่ การปรับทัศนคติและให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่สำคัญแก่ญาติและผู้ป่วย นอกจากนั้นการให้คำปรึกษาเรื่องยาในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้หรือการสร้างแรงจูงใจเชิงบวก การสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วย

ทีมจิตเวชเชิงรุกอาจพิจารณาการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในกรณีผู้ป่วยที่ซับซ้อนด้วยการใช้ระบบเตือนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกินยาหรือมาตามนัดการรักษาก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่แพร่หลาย การเลือกระบบที่ช่วยจัดการปัญหาการกินยาไม่ต่อเนื่อง ควรเป็นไปตามสาเหตุของผู้ป่วยและข้อจำกัดของบริบทพื้นที่

### ระบบการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

ผังไหลกระบวนการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน



**บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน**

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

1. จัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่รับผิดชอบ และผู้ป่วยที่รับส่งต่อ
2. จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับอาการ (สีเขียว สีเหลือง และสีแดง)
3. ติดตามเยี่ยมประเมินอาการ โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และให้สุขภาพจิตศึกษา/ จิตสังคมบำบัด แก่ผู้ป่วย ญาติ/ ผู้ดูแล และชุมชน รวมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
4. สรุปผลการติดตาม ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

กรณีใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน หากพบด้านที่ 1 (อาการทางจิต) เท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ให้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

### บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

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

#### 1. พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพช./ รพท./ รพช./รพ.สต.

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

- 1) จัดทำทะเบียนและลงบันทึกฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่รับผิดชอบ และผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจาก รพช./ รพท./ รพช./ โรงพยาบาลจิตเวช

ประเภทผู้ป่วยจำแนกตามระดับอาการและแนวทางการดูแลช่วยเหลือ		
<b>กลุ่มที่ 1</b> <b>สีเขียว</b>	<b>กลุ่มที่ 2</b> <b>สีเหลือง</b>	<b>กลุ่มที่ 3</b> <b>สีแดง</b>
<p><b>ผู้ป่วยโรคจิตระยะอาการคงที่</b>                      หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่หยุดยั้งหรือ รับประทานยาต่อเนื่อง คำร้องชีวิตอยู่ในชุมชนได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และมีญาติ/ผู้ดูแลให้การดูแล (ยาดี – ญาติ/ ผู้ดูแลดี)</p>	<p><b>ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีปัจจัยเสี่ยง</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับปัจจัยเสี่ยง (ญาติไม่ดี - ยาดี, ยาไม่ดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด : 2ย. 1ส.) หรือมีสัญญาณของอาการกำเริบซ้ำจากการประเมิน 5 Red Flags เพียงข้อใดข้อหนึ่ง</p>	<p><b>ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง และมีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน</b> หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง ปัญหาการดูแลในเรื่องขาดยา ขาดผู้ดูแล ใช้สารเสพติดหรือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เสี่ยงจะก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ ผู้อื่น/ ทำลายทรัพย์สิน (ญาติไม่ดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด+ความรุนแรง)</p>

2) จำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับอาการ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 สีเขียว** ผู้ป่วยโรคจิตระยะอาการคงที่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตที่หยุดยั้งหรือ กินยาต่อเนื่อง ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และมีญาติ/ ผู้ดูแลให้การดูแลดี (ยาดี – ญาติ/ ผู้ดูแลดี)

**กลุ่มที่ 2 สีเหลือง** ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับ มีปัจจัยเสี่ยง (ญาติไม่ดี - ยาดี, ยาดี - ยาไม่ดี และใช้สารเสพติด : 2ย. 1ส.) หรือมีสัญญาณของอาการกำเริบซ้ำจากการประเมิน 5 Red Flags เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

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

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

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

การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน		
<b>กรณีกึ่งเร่งด่วน Semi-urgency</b> (คะแนน OAS = 1)	<b>กรณีเร่งด่วน Urgency</b> (คะแนน OAS = 2)	<b>กรณีฉุกเฉิน Emergency</b> (คะแนน OAS =3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>ประเมินผู้ป่วย และสถานการณ์เบื้องต้นภายใน 24 ชม.</li> <li>ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด/ ประสานแพทย์ และ/หรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาในสถานที่เกิดเหตุ</li> <li>ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยตัวแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ทุก 8-12 ชม.</li> <li>ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่สงบแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือประสาน 1669</li> </ul>	<p>ประสานแจ้ง 1669 เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่</p>	<p>ประสานแจ้ง 1669 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่</p>

(1) กรณีที่เร่งด่วน Semi-urgency (คะแนน OAS = 1)  
 พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์เบื้องต้น ภายใน 24 ชั่วโมง การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal management) / ประสานปรึกษาแพทย์และ/หรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาในสถานที่เกิดเหตุ ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ทุก 8-12 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่สงบแนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือประสานแจ้ง 1669 นำส่งมายังโรงพยาบาลชุมชน

(2) กรณีเร่งด่วน Urgency (คะแนน OAS = 2)  
 พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข ประสานแจ้ง 1669 เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่

(3) กรณีฉุกเฉิน Emergency (คะแนน OAS = 3)  
 พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข พบว่าเกินขีดความสามารถประสานแจ้ง 1669 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อประสานการส่งต่อตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย  
 กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยสีเขียว

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาติดตาม
ชม./ชมช./ลด/จิตอาสา	ประเมินปัจจัยเสี่ยง ศึกษาประเมินยึดถือให้กำลังใจญาติผู้ดูแล โดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ สนับสนุนความพึงพอใจ การปรึกษา ผู้ชี้แจงข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	แนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน เมื่อ 2hr 1x และแนวทาง ประเมินอาการเสี่ยง (3 Red Flags)	อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
รพ.สต.	ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ให้ดูแลจิตศึกษา (ผู้ช่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรค อาการเสี่ยง และให้ทราบถึงสิทธิการเข้าถึงบริการ	แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช ใช้ร่วมกับชุมชน	เดือนที่ 1 และ 6 ปกติ เดือนที่ 1-9 เดือนที่ 2-5 ปกติตาม ที่ 1-4
รพช./รพท./รพส.	ร่วมกับ รพ.สต. มีแนวทางการเฝ้าระวังและวางแผนการดูแลช่วยเหลือ สามารถจิตศึกษาผู้บริการและผู้ดูแล โดยให้วางรู้ชื่อโรค อาการเสี่ยง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ เข้าใจและตระหนักในการรักษา ต่อเนื่อง - การติดตามประเมินผลผู้ป่วย - การรับ-ส่งผู้ป่วยในกรณีจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเชื่อมั่น - การติดตามอย่างต่อเนื่อง	แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช ใช้ร่วมกับชุมชน	เดือนที่ 1 และ 6 ปกติ เดือนที่ 1-9 เดือนที่ 2-5 ปกติตาม ที่ 1-4

4) แนวทางการดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย ดังนี้

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

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./ อสค./ จิตอาสา	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ประเมินปัจจัยเสี่ยง</li> <li>◆ ติดตามประเมินเยี่ยมให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแล โดยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ สอบถามความเป็นอยู่ การกินยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการมารับยาตามนัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยง</li> <li>- การกำเริบซ้ำ 2ย 1ส และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)</li> </ul>	<p>อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง</p>
รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ</li> <li>◆ ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน และให้ความสำคัญกับการกินยาต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 - 9</li> <li>- เดือนที่ 2 - 5 ประเมินด้านที่ 1 - 4</li> </ul>
รพช./รพท./ รพศ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ร่วมกับ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ</li> <li>◆ สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจและตระหนักในการกินยาต่อเนื่อง</li> <li>◆ การจัดการความเครียดของญาติ</li> <li>◆ การสร้างแรงจูงใจในการกินยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 - 9</li> <li>- เดือนที่ 2 - 5 ประเมินด้านที่ 1 - 4</li> </ul>

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยสี่เหลี่ยม			
บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./ อสค./จิตอาสา	- ประเมินปัญหาสังคมและอาการเบื้องต้น - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ดูแล - มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประสานให้ทัน รพ.สต.	- แนวทางการบริการจิตเวช 2b.18 - แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	- มีการร่วมติดตาม - มีข้อจำกัดตามเดือน - ครึ่ง 2 ครั้ง
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมและญาติ/ชุมชนผู้เกี่ยวข้อง - พยาบาลสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อเตรียม - แผนการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity of daily living) - ส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน - พิจารณาประเมินอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	- แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน 9 ด้าน - พิจารณาประเมินอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและ Overt Aggression Scale: OAS	- ทุก 1 เดือน - จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยสี่เหลี่ยม (ต่อ)			
บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./ อสค./จิตอาสา	- ประเมินปัญหาสังคมและอาการเบื้องต้น - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ดูแล - มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประสานให้ทัน รพ.สต.	- แนวทางการบริการจิตเวช 2b.18 - แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	- มีการร่วมติดตาม - มีข้อจำกัดตามเดือน - ครึ่ง 2 ครั้ง
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมและญาติ/ชุมชนผู้เกี่ยวข้อง - พยาบาลสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อเตรียม - แผนการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity of daily living) - ส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน - พิจารณาประเมินอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	- แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน 9 ด้าน - พิจารณาประเมินอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและ Overt Aggression Scale: OAS	- ทุก 1 เดือน - จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)

**กลุ่มที่ 2 สี่เหลี่ยม** ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการ

เปลี่ยนแปลงและมีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการ  
กำเริบซ้ำร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง (ญาติไม่ดี - ยาดี, ญาติดี - ยา  
ไม่ดี และใช้สารเสพติด : 2ย 1ส) หรือมีสัญญาณของอาการ  
กำเริบซ้ำจากการประเมิน 5 Red Flags เพียงข้อใดข้อหนึ่ง

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./อสส./ อสค./จิตอาสา	- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ/ผู้ดูแล - เผื่อระวังอาการกำเริบของผู้ป่วย ประสานให้ข้อมูล รพ.สต.	- แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการกำเริบซ้ำ 2ย 1ส - แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	- เผื่อระวังและติดตาม - เยี่ยมอย่างน้อย - เดือนละ 2 ครั้ง
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชุมชนผู้เกี่ยวข้อง - พยาบาลสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อเตรียม - แผนการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity of daily living) - ส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน - พิจารณาประเมินอาการเตือนของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเร็วรั้งในชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- ทุก 1 เดือน - จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma</li> <li>- เน้นการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity of Daily Living)</li> <li>- สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> </ul>		
<p>รพช./รพท./รพศ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกับ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ</li> <li>- ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม</li> <li>- สุขภาพจิตศึกษาในญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>- กิจกรรมคลายเครียด</li> <li>- กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>- หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma</li> <li>- กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประคองสำหรับญาติ/ ผู้ดูแล</li> <li>- สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> <li>- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุก 1 เดือน</li> <li>- จนอาการคงที่ (ครบ 1 ปี)</li> </ul>

คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยสีแดง			
บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./ออสส./ อสค./ จิตอาสา	- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ - ประสานส่งต่อ	- แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยง 2y 1s และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษาบุคคล/กลุ่ม - สถานภาพจิตศึกษาในญาติ/ ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติและญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma - สร้างแรงจูงใจในการรับยาต่อเนื่อง - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - ประสานส่งต่อ รพช./ รพ.วพช. ตามรอบส่งต่อ	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตตามการจำแนกผู้ป่วย กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยสีแดง (ต่อ)			
บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
รพช./ รพช.วพช./ รพ.สต.	- ร่วมกับ รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษาบุคคล/กลุ่ม - สถานภาพจิตศึกษาในญาติ/ ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติและญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma - ญาติศึกษาว่าวัตถุประสงค์ของยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิต - สร้างแรงจูงใจในการรับยาต่อเนื่อง - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - ประสานส่งต่อ รพช. ตามรอบส่งต่อ	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน - เน้นมีการบันทึกประวัติตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ชุมชนให้ชัดเจน - เน้นทุก 2 สัปดาห์

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

บทบาท	กิจกรรม	เครื่องมือ	ระยะเวลาการติดตาม
อสม./ออสส./ อสค./ จิตอาสา	- ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติ - ประสานส่งต่อ	- แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ 2ย 1ส และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน
รพ.สต.	- ประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ - ให้การปรึกษาบุคคล/กลุ่ม - สถานภาพจิตศึกษาในญาติ/ ผู้ดูแล - กิจกรรมคลายเครียด - กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติและญาติผู้ป่วยโรคจิต - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma	- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ชุมชน - ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย - ทุก 1 เดือน

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างแรงจูงใจในการกินยา ต่อเนื่อง</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> <li>- ประสานส่งต่อ รพช./รพท./รพศ. ตามระบบส่งต่อ</li> </ul>		
<p>รพช./รพท./รพศ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกับ รพ.สต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนการดูแลช่วยเหลือ</li> <li>- ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่ม</li> <li>- สุขภาพจิตศึกษาในญาติ/ผู้ดูแล</li> <li>- กิจกรรมคลายเครียด</li> <li>- กิจกรรมการมีส่วนร่วมของญาติ/ชมรมญาติผู้ป่วยโรคจิต</li> <li>- หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- การมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อลด stigma</li> <li>- กลุ่มจิตสังคมบำบัด</li> <li>- ประคับประคองสำหรับญาติ/ผู้ดูแล</li> <li>- สร้างแรงจูงใจในการกินยา ต่อเนื่อง</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> <li>- ประสานส่งต่อ รพจ. ตามระบบส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังในชุมชน</li> <li>- ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต 6 ด้าน</li> <li>- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝ้าระวังและติดตามเยี่ยม 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย</li> <li>- ทุก 1 เดือน</li> <li>- เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (ตามเกณฑ์ติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน) ให้ติดตามเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์</li> </ul>

	<p>5. สรุปผลการติดตาม ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวช เรือร้งในชุมชน</p>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;"><b>บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</b></p> <p style="text-align: center;">อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)/จิตอาสา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง หรืออาการกำเริบของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำ</li> <li>• ประเมินปัจจัยเสี่ยง ตามแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)</li> </ul> </div>	<p><b>2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.)/อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)/จิตอาสา</b></p> <p>อสม./อสส/อสค./จิตอาสา เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมากที่สุด จึงเป็นบุคคลที่เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำ ดังนั้นอสม./อสส/อสค./จิตอาสา จึงควรมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ตามแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส) และแนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags) ดังนี้</p>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;"><b>แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">หัวข้อการประเมิน</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">แนวทางการประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การกินยา</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่กินยา</td> <td><input type="checkbox"/> กินยาไม่สม่ำเสมอ</td> <td><input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอ</td> </tr> <tr> <td>2. ญาติ/ ผู้ดูแล</td> <td><input type="checkbox"/> ขาดผู้ดูแล</td> <td><input type="checkbox"/> มีปัญหาในการดูแล</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหาในการดูแล</td> </tr> <tr> <td>3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)</td> <td><input type="checkbox"/> ใช้ประจำ</td> <td><input type="checkbox"/> ใช้บ้าง</td> <td><input type="checkbox"/> ไม่ใช้</td> </tr> </tbody> </table> </div>	หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน			1. การกินยา	<input type="checkbox"/> ไม่กินยา	<input type="checkbox"/> กินยาไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอ	2. ญาติ/ ผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> ขาดผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> มีปัญหาในการดูแล	<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหาในการดูแล	3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> ใช้ประจำ	<input type="checkbox"/> ใช้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้	<p><b>2.1 แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การกินยา <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ไม่กินยา</li> <li><input type="checkbox"/> กินยาไม่สม่ำเสมอ</li> <li><input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอ</li> </ul> </li> <li>2. ญาติ/ ผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ขาดผู้ดูแล</li> <li><input type="checkbox"/> มีปัญหาในการดูแล</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหาในการดูแล</li> </ul> </li> <li>3. การใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ใช้ประจำ</li> <li><input type="checkbox"/> ใช้บ้าง</li> <li><input type="checkbox"/> ไม่ใช้</li> </ul> </li> </ol>
หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน																
1. การกินยา	<input type="checkbox"/> ไม่กินยา	<input type="checkbox"/> กินยาไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> กินยาสม่ำเสมอ														
2. ญาติ/ ผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> ขาดผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> มีปัญหาในการดูแล	<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหาในการดูแล														
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	<input type="checkbox"/> ใช้ประจำ	<input type="checkbox"/> ใช้บ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้														



**แนวทางการประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)**

**5 Red Flags**  
ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พุดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เกี่ยวกับหวาดระแวง ซึ่งมีอาการดังนี้

1. ไม่หลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ
2. เดินไปเดินมา : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ
3. พุดจาคนเดียว : พุด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว
4. หงุดหงิดฉุนเฉียว : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว
5. เกี่ยวกับหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง

**2.2 แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)**

**5 Red Flags “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พุดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เกี่ยวกับหวาดระแวง”**  
ซึ่งมีอาการดังนี้

1. **ไม่หลับไม่นอน** : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ
2. **เดินไปเดินมา** : ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ
3. **พุดจาคนเดียว** : พุด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว
4. **หงุดหงิดฉุนเฉียว** : อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว
5. **เกี่ยวกับหวาดระแวง** : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี นินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง



**การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือน**

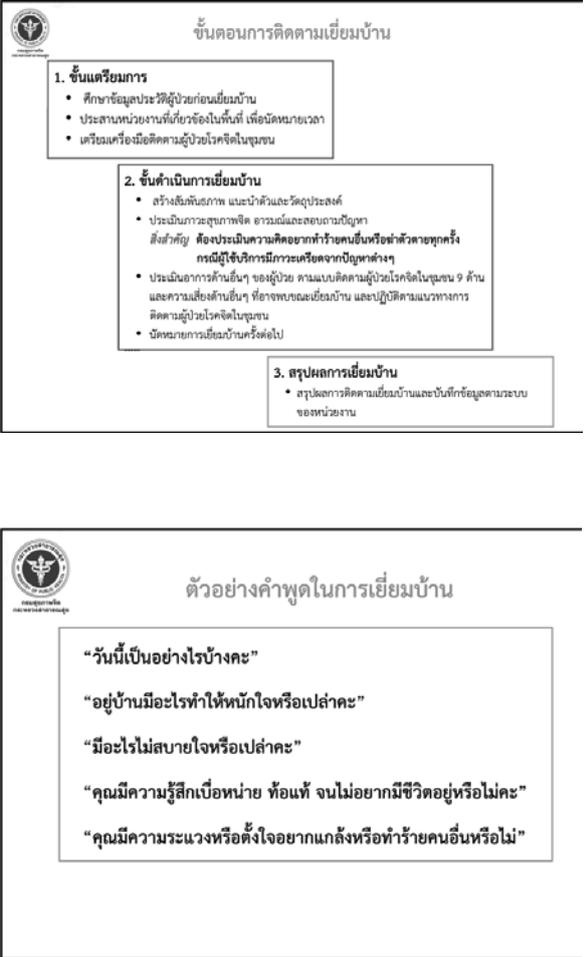
ตัวชี้วัดประเมิน	แนวทางการจัดการสำหรับ อสม./อสส./อสค./จิตอาสา
1. การกินยา	ประเมินเรื่องการกินยา หากพบว่า มีปัญหาการกินยาไม่เต็มดวง หรือไม่กินยาประสาน ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินยา - ให้กำลังใจญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
2. ญาติ/ผู้ดูแล	กรณีมีปัญหาญาติ/ ผู้ดูแล - ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - ขอความร่วมมือแกนนำในชุมชนในการร่วมวางแผนการดูแล เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. เทศบาล และประสานส่งต่อข้อมูลให้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ - เผื่อระวัง สังเกตอาการ
3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)	- แนะนำญาติ/ ผู้ดูแล เรื่อง การขอ/เลิกใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ) - สังเกตอาการ และประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
4. อาการเตือนตามแนวทางการประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)	เมื่อพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

**2.3 การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือน**  
แนวทางการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนสำหรับ อสม./อสส./อสค./จิตอาสา มีดังนี้

1. **การกินยา**
  - ◆ ประเมินเรื่องการกินยา หากพบว่า มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่กินยาประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
  - ◆ ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินยา ให้กำลังใจญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
2. **ญาติ/ผู้ดูแล** กรณีมีปัญหาญาติ/ผู้ดูแล
  - ◆ ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
  - ◆ ขอความร่วมมือแกนนำในชุมชนในการร่วมวางแผนการดูแล เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. เทศบาล และประสานส่งต่อข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
  - ◆ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือ
  - ◆ เผื่อระวัง สังเกตอาการ

	<p><b>3. การใช้สารเสพติด (บุหรี่ยี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ แนะนำญาติ/ ผู้ดูแล เรื่อง “การลด/เลิกใช้สารเสพติด (บุหรี่ยี่/สุรา/สารเสพติดอื่นๆ)”</li> <li>◆ สังเกตอาการ และประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.</li> </ul> <p><b>4. อาการเตือนตามแนวทางการประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)</b> เมื่อพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประสานส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;"><b>บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการติดตามเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</b></p> <p style="text-align: center;">ญาติ/ ผู้ดูแล</p> <p>มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดูแลเรื่องการกินยาตามแผนการรักษา</li> <li>2. กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม</li> <li>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน</li> <li>4. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>5. ไม่ควรตกใจหรือกลัวเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิหรือตีผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกานผู้อื่น</li> <li>6. เฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด</li> </ol> </div>	<p><b>3. ญาติ/ ผู้ดูแล</b></p> <p><b>3.1 การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต</b></p> <p>ญาติ/ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุด เพราะเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ญาติ/ ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลจึงควรมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพิ่ม ลด หรือหยุดยา โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดูแลเรื่องการกินยาตามแผนการรักษา ญาติ/ ผู้ดูแลควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยาตามแผนการรักษา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์/ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.</li> <li>2. ญาติ/ผู้ดูแลควรกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วย และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามกำลังและความสามารถที่มีอยู่ เช่น การดูแลตนเอง การทำงาน การเข้าสังคม</li> <li>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายปัญหา โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว</li> </ol>

	<p>4. สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และให้คำปรึกษาแนะนำ</p> <p>5. ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมผิดปกติ เช่น พุดคนเดียว กลัวคนมาทำร้าย ญาติไม่ควรตกใจหรือกลัว ควรพยายามชักจูงให้ผู้ป่วยหันไปสนใจสิ่งอื่น ญาติไม่ควรตำหนิติเตียนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่ได้รับกวนผู้อื่น</p> <p>6. เผื่อระวังไม่ทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด (บุหรี่ยา/สุรา/สารเสพติด/อื่นๆ)</p>
<div data-bbox="111 896 686 1321" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;"><b>การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบายความทุกข์ใจ ปรึกษากับคนที่ไว้วางใจหรือบุคลากรทางสาธารณสุข</li> <li>2. ให้คิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย ให้โอกาส ให้อภัย ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะมีอาการทางจิต</li> <li>3. การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ</li> <li>4. มีความหวัง ให้กำลังใจตนเอง "สักวันหนึ่งจะดีขึ้น" "รักษาเขาให้ดีขึ้น อย่าท้อแท้ ต้องอดทนต่อไป"</li> <li>5. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง</li> <li>6. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ</li> <li>7. ถ้าญาติ/ผู้ดูแล มีความเครียดสูงมากหรือสับสนสับสนอย่างมากต่อตนเองและครอบครัว ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต</li> </ol> </div>	<p><b>3.2 การจัดการความเครียดของญาติ/ ผู้ดูแล</b></p> <p>เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือกำเริบซ้ำ มีพฤติกรรมที่ไม่แน่นอน ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดกับญาติ/ผู้ดูแล หรือทุกคนในบ้าน จึงมีแนวทางการจัดการความเครียดของญาติ/ผู้ดูแล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบายความทุกข์ใจ ปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข</li> <li>2. ให้คิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้โอกาสไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ป่วยจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยกระทำให้อภัย ทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เพราะมีอาการทางจิต</li> <li>3. เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว มองว่าญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นก็มีความทุกข์เช่นกัน การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างญาติ จะได้รับกำลังใจ ความรู้และวิธีการปรับตัว ปรับใจได้ดีขึ้น</li> <li>4. มีความหวัง ให้กำลังใจตนเอง "สักวันหนึ่งจะดีขึ้น" "รักษาเขาให้ดีขึ้น อย่าท้อแท้ ต้องอดทนต่อไป"</li> <li>5. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสมกับตนเอง</li> </ol>

	<p>6. ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เช่น ดูแลต้นไม้ ฟังเพลง ออกกำลังกาย เป็นต้น</p> <p>7. ถ้าญาติ/ผู้ดูแล มีความเครียดสูงมากหรือส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อตนเองและครอบครัว ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต</p>
	<p><b>เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</li> <li>แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ (2ย 1ส)</li> <li>แนวทางประเมินอาการเตือน (5 Red Flags)</li> <li>แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> <li>แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ</b> เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนอยู่ในภาคผนวก</p>
	<p><b>ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้าน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ขั้นเตรียมการ             <ul style="list-style-type: none"> <li>ศึกษาข้อมูลประวัติผู้ป่วยก่อนเยี่ยมบ้าน</li> <li>ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อบันทึกหมายเวลา</li> <li>เตรียมเครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</li> </ul> </li> <li>ขั้นดำเนินการเยี่ยมบ้าน             <ul style="list-style-type: none"> <li>สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและวัตถุประสงค์</li> <li>ประเมินภาวะสุขภาพจิต อารมณ์และสออบถามปัญหา <b>สิ่งสำคัญ</b> ต้องประเมินความคิดอยากทำร้ายคนอื่นหรือฆ่าตัวตายทุกครั้ง กรณีผู้ใช้บริการมีภาวะเครียดจากปัญหาต่างๆ</li> <li>ประเมินอาการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย ตามแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน 9 ด้าน และความเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจพบขณะเยี่ยมบ้าน และปฏิบัติตามแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</li> <li>นัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</li> </ul> </li> <li>สรุปผลการเยี่ยมบ้าน             <ul style="list-style-type: none"> <li>สรุปผลการติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลตามระบบของหน่วยงาน</li> </ul> </li> </ol> <p>หรือฆ่าตัวตายทุกครั้ง กรณีผู้ใช้บริการมีภาวะเครียดจากปัญหาต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอาการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่อาจพบขณะลงเยี่ยมบ้าน <b>ที่ระดับชุมชน/ที่ระดับอำเภอปฏิบัติตามแนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</b></li> <li>- นัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป</li> </ul>



**แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน สำหรับพยาบาล/ บุคลากรสาธารณสุข**

**ตัวอย่างคำพูด**

“วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ”

“อยู่บ้านมีอะไรทำให้หนักใจหรือเปล่าคะ”

“มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่าคะ”

“คุณมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่คะ”

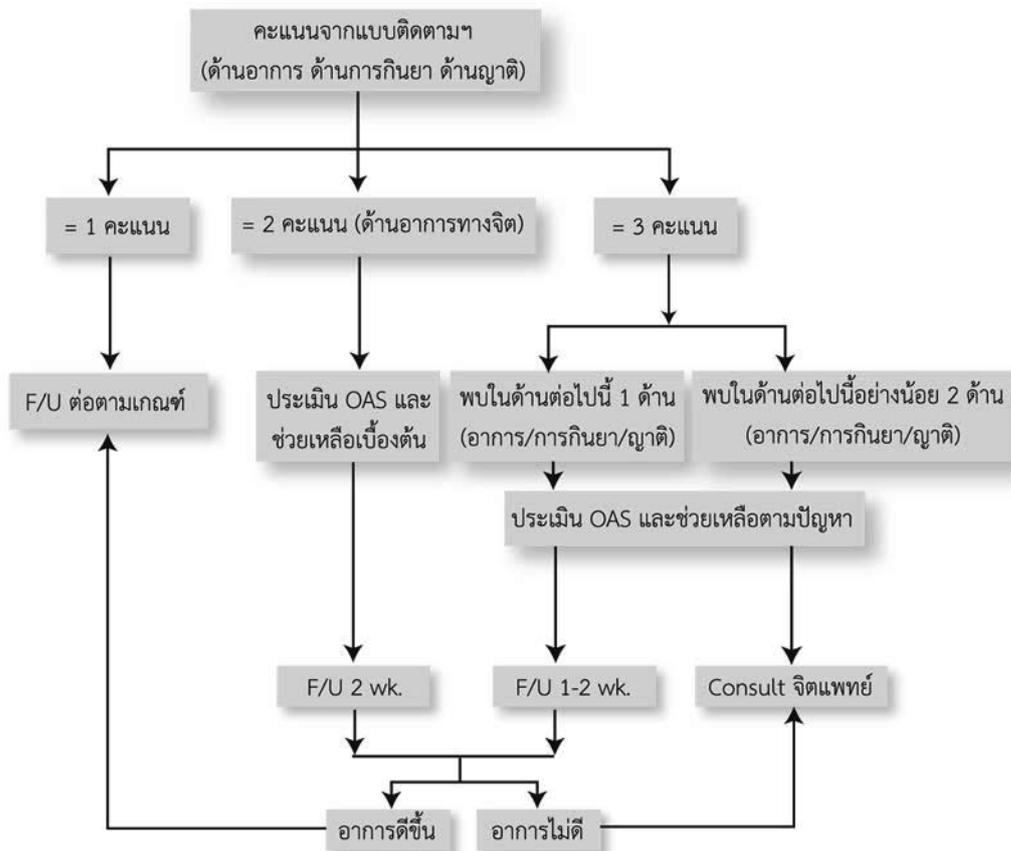
“คุณมีความระแวงหรือตั้งใจอยากแกล้งหรือทำร้ายคนอื่นหรือไม่”

3. สรุปผลการเยี่ยมบ้าน

- สรุปผลการติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลตามระบบของหน่วยงาน

**แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน สำหรับพยาบาล/ บุคลากรสาธารณสุข**

**แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน**



### การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิต 1 ปี โดยติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1 เดือน หลังผู้ป่วยได้รับการรักษา ผลคะแนนจากแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ด้านอาการหรือด้านการกินยาหรือด้านญาติ/ ผู้ดูแล ควรปฏิบัติ ดังนี้

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
ด้านที่ 1 (อาการ) หรือ ด้านที่ 2 (การกินยา) หรือด้านที่ 3 (ญาติ/ ผู้ดูแล)	1 คะแนน	ติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	อสม. /อสส./อสค./ จิตอาสา/ รพ.สต.
	2 คะแนน	- ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามปัญหา - เผื่อระวังอาการกำเริบ - หากประเมินพบใน <u>ด้านที่ 1</u> (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และ ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ในชุมชน - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ - หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษา จิตแพทย์	อสม. /อสส./อสค./ จิตอาสา/ รพ.สต./รพช.
	3 คะแนน	ให้การช่วยเหลือตามปัญหา - เผื่อระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด - หากประเมินพบใน <u>ด้านที่ 1</u> (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS และ ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ในชุมชน - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์ - หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษา จิตแพทย์	อสม. /อสส./อสค./ จิตอาสา/ รพ.สต./ รพช./รพท./ รพศ./รพจ.

<p>พบอย่างน้อย 2 ด้าน (อาการ/การกินยา/ญาติ)</p>	<p>3 คะแนน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การช่วยเหลือตามปัญหา</li> <li>- เผื่อระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด</li> <li>- หากประเมินพบในด้านที่ 1 (ด้านอาการทางจิต) ให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง : OAS และปฏิบัติตามแนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน</li> <li>- ส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์</li> <li>- ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์</li> </ul>	<p>อสสม. /อสส./อสค./จิตอาสา/ รพ.สต./ รพช./รพท./ รพศ./รพจ.</p>
<p>ด้านที่ 1-9 ในเดือนที่ 6</p>		<p>≤ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน                  &gt;9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF</p>	<p>รพ.สต. รพช.</p>
<p>หมายเหตุ : การประเมินด้านที่ 1-4 ประเมินทุกเดือน (โดยด้านที่ 4 เป็นการประเมินสมรรถนะเพื่อวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยเบื้องต้น)</p>			

**แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน**

ชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ ที่อยู่: \_\_\_\_\_

วันที่ประเมิน	ด้านที่ 1-4		ด้านที่ 5-9	
	คะแนน	หมายเหตุ	คะแนน	หมายเหตุ

**แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน (ต่อ)**

วันที่ประเมิน	ด้านที่ 1-4		ด้านที่ 5-9	
	คะแนน	หมายเหตุ	คะแนน	หมายเหตุ

**การใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**  
 การติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยต่อเนื่อง ภายใน 1 ปี (2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน) โดยทีมเครือข่ายในพื้นที่ ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ดังนี้

**แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**

**1. ด้านอาการทางจิต**

1. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้
2. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วัน ใน 1 เดือน
3. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน

**หมายเหตุ** ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งเพื่อเผื่อระวังความเสี่ยง

	<p><b>2. ด้านการกินยา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สม่่าเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง</li> <li>2. ไม่สมม่่าเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา</li> <li>3. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื่อ</li> </ol> <p><b>3. ด้านผู้ดูแล/ ญาติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล</li> <li>2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว</li> <li>3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ</li> </ol> <p><b>4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</li> <li>2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ</li> <li>3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย</li> </ol> <p><b>5. ด้านการประกอบอาชีพ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง</li> <li>2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น</li> <li>3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย</li> </ol> <p><b>6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกส่วนใหญ่</li> <li>2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบการดูดำ ตักเตือน ต่ำว่าบางครั้ง</li> <li>3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน คุกคาม ต่ำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง</li> </ol>
--	--

	<p><b>7. ด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง</li> <li>2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัว อยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว</li> <li>3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน</li> </ol> <p><b>8. ด้านการสื่อสาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้</li> <li>2. ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว</li> <li>3. ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย</li> </ol> <p><b>9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้</li> <li>2. ปานกลาง คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้</li> <li>3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็จำไม่ได้ทำไม่ได้</li> </ol> <p><b>หมายเหตุ เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1-9</b>          เดือนที่ 6 หากพบว่า <math>\leq 9</math> คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน</p> <p style="text-align: right;"><math>&gt; 9</math> คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF</p> <p><b>เดือนที่ 2, 3 4 และ 5 ประเมิน 1-4 ด้าน</b></p>
--	---



**แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง**  
(Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3.ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2.เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1.กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรงเช่น มีรอยขีด รอยขีด รอยขีดเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะในหรือหมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเองดังลม โขกศีรษะ ตีผนังหรือ รอย ขนคดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก	พูดขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก่ ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่น จนได้ รับบาดเจ็บ เช่น ข้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิด การบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	คำคำหยาบคายใช้คำ สบปรก รุนแรงแสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่า ค่อยชก หรือกระชากคอ เสื้อผู้อื่นทุชน และ ผลัก หรือ ดึงผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	พูดขู่ถึงสิ่งของสิ่งของในคัม ความ โกรธหรือตะโกนคำ ผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหักกระจัดกระจาย เช่น พุชกระถาง ขว้าง แก้ว ขว้าง มืด หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายหรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้างเศษ /ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย



**แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง**  
(Overt Aggression Scale: OAS)

**การแปลผลคะแนน :**  
การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เทียบคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

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

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

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

**แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง**  
(Overt Aggression Scale: OAS)

**1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง**

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

(2) เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน

ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเองดังลม โขกศีรษะ ตัวเองเป็น

รอยขนาดเล็ก

(3) ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก

เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายในหรือหมดสติ

**2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก**

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

หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือ

ตะโกนคำ ผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง

(2) เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน

คำคำหยาบคาย ใช้คำสบปรกรุนแรง แสดงท่าทาง

คุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อขยลม หรือกระชากคอเสื้อ

ผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลักหรือดึงผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ

(3) ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก่ ฯลฯ

ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ข้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล

กระตุกหักหรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมด

สติ ฯลฯ

**3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน**

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

ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

(2) เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน

ขว้าง เตะ ทุบวัตถุหรือสิ่งของ

(3) ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

ทำสิ่งของแตกหักกระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก

ขว้างแก้ว จาน มืด หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายหรือจุดไฟเผา

ฯลฯ

	<p><b>การแปลผลคะแนน :</b></p> <p>การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้</p> <p><b>1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน</b> หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p><b>2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน</b> หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง</p> <p><b>3. ฉุกเฉิน ( Emergency) OAS = 3 คะแนน</b> หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p style="text-align: center;"><b>ใบงาน</b></p> <p>1. วิทยากรแบ่งกลุ่มย่อย 5-6 คน ให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</p> <p>1) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</p> <p>2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</p> <p>2. วิทยากรสุ่มถามการฝึกปฏิบัติ อภิปราย ชักถาม</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>ใบงาน</b></p> <p>1. วิทยากรแบ่งกลุ่มย่อย 5-6 คน ให้ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน</p> <p>1) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</p> <p>2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)</p> <p>2. วิทยากรสุ่มถามการฝึกปฏิบัติ อภิปราย ชักถาม</p>



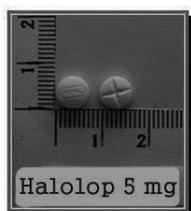
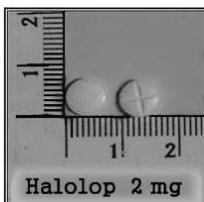
## บรรณานุกรม

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

# ภาคผนวก

- ตัวอย่างยารักษาอาการทางจิต
- แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ
- แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
- แบบคัดกรองโรคจิต
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
- แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือรักษาต่อ (บส.08)
- แบบประเมินก่อนและหลังการอบรม หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข
- รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

**ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต**



**1. Hadol, Halop, Halolop, Haloperidal**

**ลักษณะ** เม็ดกลมเล็กสีเหลือง (2 มิลลิกรัม)

เม็ดกลมเล็กสีฟ้า (5 มิลลิกรัม)

เม็ดกลมเล็กสีขาว (10 มิลลิกรัม)

**วัตถุประสงค์** ใช้รักษาอาการทางจิต และผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว มีพฤติกรรมรุนแรง

**ขนาด** 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ตามแพทย์สั่ง

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ง่วงซึม ตัวท้อ ลิ้นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก หน้ามืด ใจสั่น ตาพร่ามัว เป็นต้น

**ข้อพึงระวัง** หมั่นสังเกตอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการดังกล่าวมากจนผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง



**2. ไธโอริดาซีน (Thioridazine)**

**ลักษณะ** เม็ดเคลือบกลมสีเขียวย่อ (25 มิลลิกรัม)

เม็ดเคลือบกลมสีน้ำตาล (50 มิลลิกรัม)

เม็ดเคลือบกลมสีเขียว (100 มิลลิกรัม)

**วัตถุประสงค์** ควบคุมอาการทางจิต ควบคุมอาการทางประสาท เช่น เครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ

**ขนาด** 25 มิลลิกรัม 50 มิลลิกรัม 100 มิลลิกรัม

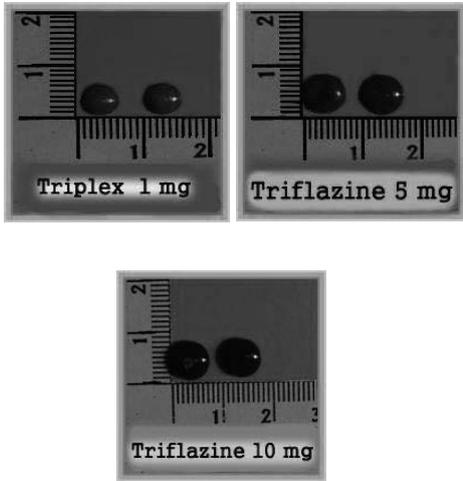
**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ตามแพทย์สั่ง

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** มีผื่นขึ้น น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะคั่ง บวม การมองเห็นภาพเป็นสีน้ำตาล ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ท้องเสีย

**ข้อพึงระวัง** สังเกตอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ในการลุกเปลี่ยนท่า เมื่อมีอาการหน้ามืด มึนศีรษะ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

**ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต**



**3. ไตรฟลูโอเพอราซีน (Trifluoperazine)**

**ลักษณะ** แคปซูลสีขาวฟ้า หรือเม็ดกลมสีฟ้า

**วัตถุประสงค์** รักษาอาการทางจิต

**ขนาด** 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ตามแพทย์สั่ง

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ตัวท้อ ลื่นแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก  
หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น ตาพร่ามัว เกิดอาการแพ้แสง

**ข้อพึงระวัง** สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง



**4. ริสเพอริโดน ควิกเล็ต (Risperidone Quicklet)**

**ลักษณะ** เป็นยาเม็ดรูปกลมขาว เนื้อนุ่มง่ายเมื่อถูกความชื้น

**วัตถุประสงค์** ใช้รักษาโรคจิตเภทชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

**ขนาด** 1-2 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

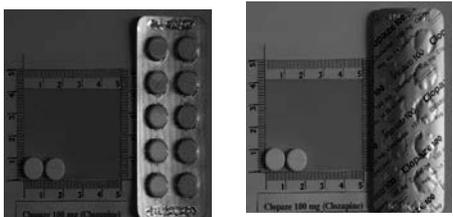
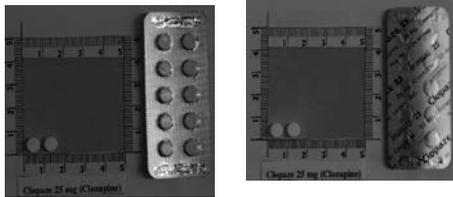
**เวลารับประทาน** หลังอาหารทันที

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ง่วงซึม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ลุกขึ้นหน้ามืด  
มือสั่น ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง บวม น้ำหนัก

ตัวเพิ่ม แต่จะพบอาการข้างเคียงน้อย

**ข้อพึงระวัง** ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต



5. โคลซาปีน (Clozapine)

ลักษณะ ยาเม็ดไม่เคลือบ

วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการทางจิต

ขนาด 25 มิลลิกรัม 100 มิลลิกรัม

จำนวน ตามแพทย์สั่ง

เวลารับประทาน หลังอาหาร

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม น้ำลายไหลมาก ปากแห้ง คอแห้ง  
ท้องผูก น้ำหนักตัวเพิ่ม (พบบ่อย) มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เม็ดเลือดขาวต่ำ  
ลูกขึ้นหน้ามืด

ข้อพึงระวัง ติดตามผลของการตรวจระดับเม็ดเลือดขาวเป็นช่วงๆ  
ให้ระวังอุบัติเหตุหกล้มจากการลูกขึ้นหน้ามืด การเต้นของหัวใจผิดปกติ  
ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

ข้อเพิ่มเติม มักเป็นยาต้านโรคจิตที่ใช้ในกรณีของอาการของโรค  
รุนแรงหรือเป็นโรคจิตที่เรื้อรัง ยากแก่การรักษา ไม่ใช่เป็นยารักษา  
อาการทางจิตตัวแรก เนื่องจากมีปัญหาทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำได้  
จึงจำเป็นต้องเจาะเลือดเป็นระยะ ส่วนใหญ่ประมาณ 1 ครั้งต่อเดือน



6. ฮาล์ดอล เดคาโนเอต (Haldol decanoate)

ลักษณะ เป็นยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

ชื่อการค้า Halodol

วัตถุประสงค์ ใช้รักษาโรคจิตเภทเรื้อรัง

ขนาด หลอดละ 50 มิลลิกรัม หรือ 100 มิลลิกรัม

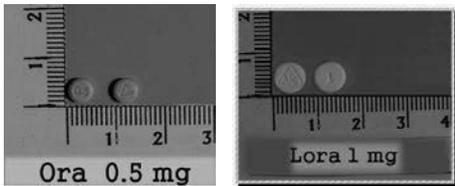
จำนวน ตามแพทย์สั่ง

เวลาฉีด ตามแพทย์สั่ง ส่วนใหญ่ประมาณ 2-4 อาทิตย์ต่อการฉีดหนึ่งครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม อาการสั่น ตัวแข็ง น้ำลายไหล  
เคลื่อนไหวช้า กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

ข้อพึงระวัง เปลี่ยนท่าช้าๆ ถ้ามีอาการมึนงง หรือปวดศีรษะจาก  
ความดันโลหิตต่ำ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต



กลุ่มยารักษาอาการวิตกกังวล

7. แอตติแวน (Ativan)

ลักษณะ เม็ดกลมเล็กสีขาว (1 มิลลิกรัม)

เม็ดกลมเล็กสีฟ้า (0.5 มิลลิกรัม)

ชื่อสามัญ lorazepam

ชื่อการค้า Ativan, loramed, ora

วัตถุประสงค์ ลดอาการวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับ

ขนาด 0.5 มิลลิกรัม 1 มิลลิกรัม

จำนวน ตามแพทย์สั่ง

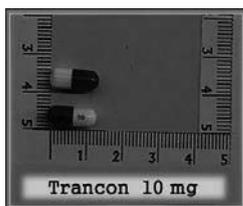
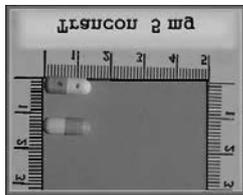
เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงซึม เวียนศีรษะ กล้ามเนื้อไม่มีแรง เดินเซ

ข้อพึงระวัง สังเกตอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ระมัดระวัง

ในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หุ่นที่กำลังตั้งครุฑและให้นมบุตร

ไม่ควรกินยานี้ ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง



8. ทรานซีน (Tranxene)

ลักษณะ แคปซูลสี่เหลี่ยมพูขาว

ชื่อสามัญ Dipotassium Chlorazepate

ชื่อการค้า Tranxene, Trancon

วัตถุประสงค์ ใช้คลายความวิตกกังวล ผู้ที่นอนไม่หลับ

ขนาด 5 มิลลิกรัม 10 มิลลิกรัม

จำนวน ตามแพทย์สั่ง

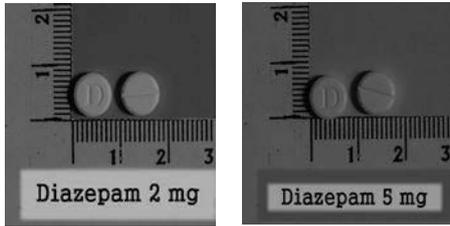
เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา มึนงง สับสน ง่วงนอน

ข้อพึงระวัง ไม่ควรทำงานกับเครื่องจักร และขับขียานยนต์ ห้ามหยุด

หรือปรับยาเอง

ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต



9. ไดอะซีแพม (Diazepam)

ลักษณะ ยาเม็ด ยาฉีด

ชื่อการค้า Valium

วัตถุประสงค์ ใช้รักษาอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ

ขนาด 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม และ 10 มิลลิกรัม ยาฉีด 10 มิลลิกรัม/ 2 ซีซี

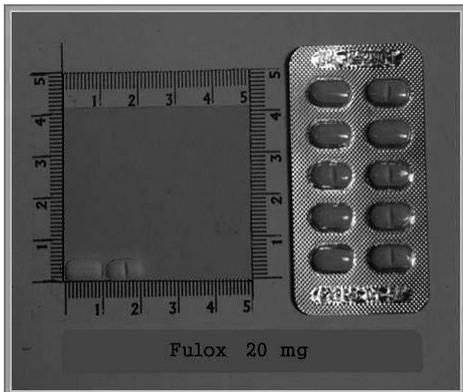
จำนวน ตามแพทย์สั่ง

เวลารับประทาน ตามแพทย์สั่ง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ง่วงนอน ซึมเศร้า อ่อนเพลีย วิงเวียน ปากแห้ง

ปวดศีรษะ หลงลืม

ข้อพึงระวัง ถ้าใช้เป็นประจำอาจทำให้เกิดอาการติดยา ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง



กลุ่มยารักษาอาการซึมเศร้า

10. ฟลู็อกซ์ (Fulox)

ลักษณะ เป็นยาเม็ดรูปรี สีเขียว

ชื่อสามัญ Fluoxetine

ชื่อการค้า Prozac, fulox, Oxetine, Oxsac, Flutine

วัตถุประสงค์ รักษาอาการซึมเศร้า

ขนาด เม็ดละ 20 มิลลิกรัม

จำนวน ตามแพทย์สั่ง

เวลารับประทาน หลังอาหารเช้า

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย นอนไม่หลับ

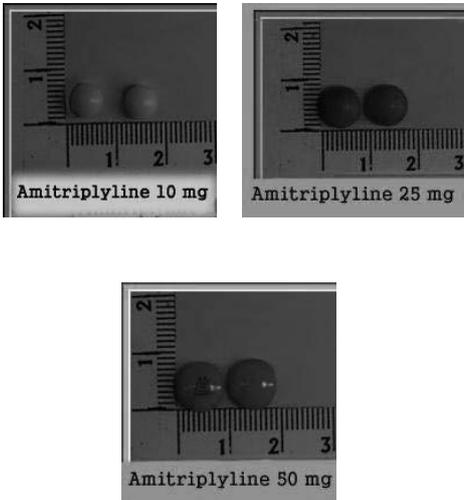
วิตกกังวล ปวดศีรษะ ตัวสั่น ง่วง ซึม ปากแห้ง เหงื่อออก ท้องเสีย

น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

ข้อพึงระวัง ไม่ควรรับประทานเกินเวลาหลังเที่ยงวัน กินยาพร้อม

อาหารห้ามหยุดหรือปรับยาเอง

**ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต**



**11. อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline)**

**ลักษณะ** ยาเม็ดเคลือบสีแดง

**ชื่อการค้า** Tryptanol, Trypta

**วัตถุประสงค์** ใช้รักษาอาการซึมเศร้า

**ขนาด** 10 มิลลิกรัม 25 มิลลิกรัม และ 50 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ตามแพทย์สั่ง

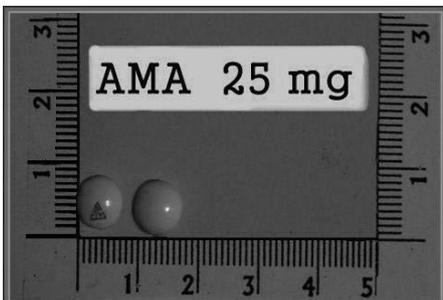
**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ความดันต่ำ ง่วงซึม ปากแห้ง การรับรสผิดปกติ

ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง

**ข้อพึงระวัง**

*ถ้าได้รับยาเกินขนาดอาจเกิดอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะได้*

**ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง**



**ยานอนหลับ**

**12. เอมา (AMA)**

**ลักษณะ** เม็ดเคลือบทรงกลมสีเหลือง

**ชื่อสามัญ** Amobarbital + Chlorpromazine

**วัตถุประสงค์** เป็นยานอนหลับ บางครั้งใช้เป็นยาคลายกังวลที่แรง

**ขนาด** 25 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ก่อนนอน หรือเวลานอนไม่หลับ ตามแพทย์สั่ง

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ผื่นคัน เวียนศีรษะ ง่วงนอน หน้ามืด หายใจ

ลำบาก อาจเกิดตับอักเสบ

**ข้อพึงระวัง** ห้ามกินยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง หากนอนไม่หลับต้อง

ปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา

**ตัวอย่าง ยารักษาอาการทางจิต**



**กลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช**

**13. เบนซ์เฮ็กซอล (Benzhexol)**

**ลักษณะ** เม็ดกลมเล็กสีขาว

**ชื่อการค้า** ACA, Artane

**วัตถุประสงค์** ใช้ลดอาการข้างเคียงของยาตัวอื่นๆ ที่ทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ

**ขนาด** 2 มิลลิกรัม 5 มิลลิกรัม

**จำนวน** ตามแพทย์สั่ง

**เวลารับประทาน** ตามแพทย์สั่ง

**ฤทธิ์ข้างเคียงของยา** ปากแห้ง มีน ตาพร่า ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อเคลื่นไ้ ท้องผูก นอนไม่หลับ ง่วงซึม ปัสสาวะออกยาก

**บางรายอาจกระตุ้นการตีมน้ำมาก และมีอาการหลงลืมง่าย มีนง**

**ข้อพึงระวัง** ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง อาจมีฤทธิ์ทำให้เคลิบเคลิ้ม

สบายใจ ซึ่งนำไปสู่การกินยาเพิ่มได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่เ้ายาเกินความจำเป็น

# แบบสังเกตอาการด้านจิตใจ

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

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

## การแปลผล:

มีอาการ 0 ข้อ หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ

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

มีอาการ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ  
 ให้ อสม. แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป



กรมสุขภาพจิต  
 DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ผลิตโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

Copyright © 2018 by DMH

# แบบสังเกต

## ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

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

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง	มี	ไม่มี
1. ขีดข่วนหรือกรีดตัวเองเป็นรอยแผล		
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



# แบบคัดกรองโรคจิต

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี  
 หมายเลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่.....  
 เพศ  หญิง  ชาย การศึกษา.....  
 สถานภาพสมรส.....อาชีพ.....

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

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

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

คะแนนรวมทั้งหมด  ส่งต่อ  ไม่ส่งต่อ



## คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

**โรคจิต** หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ฝิบ้า บ้า ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้ มีอาการเหล่านี้หรือไม่ (มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

### แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด

- พูดเพ้อเจ้อ** หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - พูดคนเดียวไปเรื่อยๆ
  - เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อยๆ เมื่อหาไม่สัมพันธ์กัน
  - พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ
- แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม** ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกาย ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลายๆ ครั้ง
  - ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรังสกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อยๆ
  - แก้ผ้าในที่สาธารณะ
  - ใส่เสื้อผ้าฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับมากไปกว่าเดิม จนผิดปกติหยาบ เช่น แต่งชุดลิงซึ่งไม่ใช่งานเทศกาลต่างๆ
- ก้าวร้าว วนวาย ทำร้ายผู้อื่น** ได้แก่ การอาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล
- แยกตัวเองออกจากสังคม** ไม่สูงส่งกับใคร หมายถึง พฤติกรรม ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง
  - แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับใคร
- หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล** มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
  - คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
  - ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
  - มีความคิดมีอำนาจบางอย่างมาบังคับ
  - คิดว่าคนรอบข้างมักินทาหรือพูดถึงตนเอง
  - มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
  - สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
- คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา** ได้แก่
  - เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
  - คิดว่าตนเองร่ำรวย แลกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
  - คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
- หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน** มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
  - เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
  - พูดคนเดียวเหมือนกับโต้ตอบใคร
  - ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง
- มีพฤติกรรมอื่นที่ผิดปกติจากคนทั่วไป** มีพฤติกรรมที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล
  - อารมณ์เปลี่ยนไปมา
  - กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล
  - เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระเบื้อง เศษขวด ฯลฯ

### แบบสัมภาษณ์คนไข้

- มีอาการหวาดระแวง** มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - หวาดระแวงกลัวคนจะมาปองร้ายหรือทำร้าย
  - คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด
  - ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม
  - มีความคิดมีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุม
  - คิดว่าคนรอบข้างมักินทาหรือพูดถึงตนเอง
  - มีความเชื่อหรือมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
  - สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง
- คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา** ได้แก่
  - เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์
  - คิดว่าตนเองร่ำรวย คิดอยากแจกจ่ายเงินทองโดยญาติไม่เห็นด้วย
  - คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์
- หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน** มีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว
  - เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น
  - พูดเพื่อโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน
  - ทำตามเสียงแว่วสั่ง

### การแปลผลและการให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิต

การให้คะแนน แบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ป่วย 8 ข้อ และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 3 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

ตอบ	ไม่มี	ให้	0	คะแนน
ตอบ	มี	ให้	1	คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ แบบคัดกรองโรคจิต มีจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก





หมายเหตุ

เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1-9

เดือนที่ 6 หากพบว่า  $\leq 9$  คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน

$> 9$  คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF

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

คำแนะนำ/การช่วยเหลือ

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

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

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. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือหมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะตัวเอง เป็นรอย ขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก่ ฯลฯ ทำร้าย ผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายในหรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลักหรือดึงผู้อื่นแต่ ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความ โกรธหรือตะโกนด่า ผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหักกระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทูบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัด กระจาย

**การแปลผลคะแนน :**

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมาย ดังนี้

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

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

3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

**แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ**

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

HN.....

เลขที่..... วันที่.....เดือน.....พศ.....

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรด

รับไว้รักษาต่อเนื่อง       ตรวจชั้นสูตร       คุ่มสังเกต       ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

3. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

6.สาเหตุที่ส่ง.....

7. รายละเอียดอื่นๆ.....

( ถ้าเป็นโรคติดต่อ     แจ้งความแล้ว     ยังไม่ได้แจ้ง )

ลงชื่อ .....

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

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

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

จาก ..... (โทรศัพท์ .....

ถึง .....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ .....

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

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....  
.....

2. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....

3. การรักษา / การดำเนินการ

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

4. ขอให้ดำเนินการดังนี้

.....  
.....

(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ข้อมูล

## แบบประเมินก่อนและหลังการอบรม

### หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

1. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิต
  - ก. เป็นภาวะที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากปกติ การรับรู้ผิดปกติ ได้แก่ หูแว่ว
  - ข. เกิดจากสาเหตุทางความเครียดเป็นหลัก
  - ค. จะมีผลต่อการรักษา เพราะการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองบกพร่อง
  - ง. ควรแยกจากสาเหตุทางกายอื่นๆ
2. ปัญหาการเข้าถึงบริการโรคจิตในสังคมไทย เกิดจากข้อใด
  - ก. การรับรู้ความเจ็บป่วยบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับการรักษา
  - ข. ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย
  - ค. แพทย์ยังขาดความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของโรคและการรักษา
  - ง. ถูกทุกข้อ
3. อาการในข้อใดที่แยกโรคจิตเภท ออกจากโรคจิตอื่นๆ
  - ก. อาการด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเรียบเฉย แยกตัว ไม่มีสัมพันธภาพทางสังคม
  - ข. อาการด้านบวก ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน
  - ค. อาการหวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนมาทำร้าย
  - ง. อาการหงุดหงิด หรือซีมเศร้า
4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในสังคมไทย ควรมีลักษณะอย่างไร
  - ก. การคัดกรองและประเมินคนที่มีความเสี่ยงในชุมชน
  - ข. การให้พยาบาลจิตเวชประเมินและวินิจฉัยโรคจิตเบื้องต้นได้
  - ค. เมื่อแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนวินิจฉัยได้ ก็ส่งผู้ป่วยต่อให้จิตแพทย์รักษาทันที
  - ง. ผู้ป่วยโรคจิตที่อาการกำเริบน้อยกว่า 3 ครั้ง ควรพิจารณาหยุดยาเมื่อรักษาไประยะเวลาหนึ่ง
5. ข้อใดไม่ใช่บทบาทของพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต
  - ก. การปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่องโรคจิต
  - ข. การคัดกรองและประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือคัดกรองและการสังเกตอาการ
  - ค. การแจ้งผลการคัดกรอง การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - ง. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางให้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

6. การใช้แบบคัดกรองโรคจิต **ข้อใดถูกต้องที่สุด**
- ก. แบบคัดกรองนี้ใช้ได้ตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป
  - ข. ควรมีการแนะนำ ปรับทัศนคติ ก่อนการใช้แบบคัดกรอง
  - ค. ถ้ามีอาการตั้งแต่ 3 ข้อ ขึ้นไป ถือว่าผลการคัดกรองเป็นบวก
  - ง. ถูกทุกข้อ
7. **หัวข้อใดสำคัญที่สุด**เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคจิต
- ก. การเข้าถึงบริการโรคจิต
  - ข. รู้ได้อย่างไรว่าเกิดอาการโรคจิต
  - ค. การรับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา
  - ง. การฟื้นฟูสมรรถภาพ
8. คำแนะนำสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่**สำคัญ** คือ
- ก. การอย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด
  - ข. ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนัก ควรพักผ่อนให้เต็มที่
  - ค. ควรกำกับดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตให้เหมือนคนปกติ
  - ง. ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น กินยาด้วยตนเอง
9. ข้อใดสำคัญสำหรับการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต
- ก. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ให้หยุดยาแล้วไปพบแพทย์
  - ข. ถ้ามีคอแข็ง น้ำลายไหล ให้ไปพบจิตแพทย์เพื่อปรับยาทันที
  - ค. ถ้ามีปากขยับไปมา ให้ปรับยาแก้ตัวแข็งเพื่อลดอาการที่เป็น
  - ง. แนะนำการจัดการฤทธิ์ข้างเคียงด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยา
10. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต ได้แก่
- ก. การใช้ยาเสพติด
  - ข. การขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ
  - ค. รับการรักษาแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น
  - ง. ถูกทุกข้อ

11. ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตไปยังสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เรื่องใดที่หน่วยบริการต้องให้ **ความสำคัญเป็นอันดับแรก** เพื่อให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ
- ต้องได้รับความเห็นชอบจากญาติและผู้ป่วย
  - มีการประสานการส่งต่อระหว่างแพทย์/ จิตแพทย์ในพื้นที่กับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
  - มีการให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วย
  - ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน
12. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน จากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช **กิจกรรมใดที่ควรทำเป็นกิจกรรมแรก** เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
  - การเตรียมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
  - การเตรียมครอบครัวและชุมชน
  - การแจ้งแหล่งช่วยเหลือทางสังคม
13. กระบวนการในการจำแนกประเภทของผู้ป่วยโรคจิตตามระดับอาการใช้เครื่องมืออะไร
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
  - แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำและแนวทางการประเมินอาการเตือน
  - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
  - ข้อ ก. และ ข.
14. การติดตามประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ถ้าค่าคะแนน OAS เท่าใด  
 พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขควรประสานแจ้ง 1669 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อ  
 ตามเกณฑ์ระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่
- 0-1 คะแนน
  - 1-2 คะแนน
  - 2-3 คะแนน
  - 3-4 คะแนน
15. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาการขาดยา ขาดผู้ดูแล ใช้สารเสพติด หรือมี  
 พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจำแนกเป็นผู้ป่วยกลุ่มใด
- สีแดง
  - สีส้ม
  - สีเหลือง
  - สีเขียว

**รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน**  
**ประชุมปฏิบัติการเพื่อบูรณาการหลักสูตรวิทยากรโรคจิต โรคซึมเศร้า ยาเสพติดและฆ่าตัวตาย ระยะที่ 1**  
**ระหว่างวันที่ 24 - 25 พฤศจิกายน 2557**  
**ณ โรงแรมมารวย การ์เด้น จังหวัดกรุงเทพมหานคร**

**วิทยากร**

- |                     |                   |   |
|---------------------|-------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงพันธุภา | กิตติรัตน์ไพบุลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต     |
| 2. นายแพทย์ธณินทร์  | กองสุข            | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์            |
| 3. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์   | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  |
| 4. แพทย์หญิงบุญศิริ | จันศิริมงคล       | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1                |
| 5. นางสาวลักษณ      | สุวรรณไมตรี       | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  |
| 6. นางจินตนา        | ลิ้งเพิ่มพูน      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 7. รศ.ดร.สมพร       | รุ่งเรืองกลกิจ    | รศ. ม.ขอนแก่น                                 |
| 8. พญ.หทัยชนนี      | บุญเจริญ          | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.สวนปรุง              |
| 9. พญ.สรสพร         | จวงษ์             | นายแพทย์ชำนาญการ รพ.สวนสราญรมย์               |

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**

- |                   |               |                       |
|-------------------|---------------|-----------------------|
| 10. นพ.ปทานนท์    | ขวัญสนิท      | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 11. นางเพลิน      | เสียงโชคอยู่  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 12. นางอรษา       | ฉวาง          | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 13. นางลูกจันทร์  | วิทย์ถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 14. นางสาวสาวิตรี | สุริยะฉาย     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

**สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต**

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

**สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี**

- |                |               |                  |
|----------------|---------------|------------------|
| 17. นายอภิชาติ | เรณูวัฒนานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการ |
|----------------|---------------|------------------|

**โรงพยาบาลศรีธัญญา**

- |                    |        |                       |
|--------------------|--------|-----------------------|
| 18. นางสาวอนงค์นุช | ศาไศรก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------------|--------|-----------------------|

**โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

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

**โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**

- |                  |                  |                                       |
|------------------|------------------|---------------------------------------|
| 20. นางวาสนา     | เหล่าคงธรรม      | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 21. พญ.กนกกาญจน์ | วิโรจน์อุไรเรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ                 |

- |   |                  |  |
|---|------------------|--|
| 22. นางไพรรัตน์                                       | ชมพูปุตร         | หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 23. นางสาวสุปราณี                                     | พิมพ์ตรา         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| 24. นางวิมาลา   | เจริญชัย         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| 25. นางสาวพลับพลึง                                    | หาสุข            | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ                    |
| <b>โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์</b>          |                  |  |
| 26. นางสาวกรองกาญจน์                                  | แก้วซัง          | นายแพทย์ชำนาญการ                           |
| 27. นางศิริภรณ์                                       | ชัยศรี           | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์</b>           |                  |  |
| 28. นางสาวมันทนา                                      | กิตติพิรัชล      | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ                      |
| <b>โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา</b>             |                  |  |
| 29. นางนงนุช  | คะพิมพ์ภิบาลบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี</b>        |                  |  |
| 30. นางโชติพร   | พันธ์วัฒนาชัย    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม</b>                 |                  |  |
| 31. นางสุภาพร   | สุโพธิ์          | พยาบาลวิชาชีพ                              |
| <b>โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช</b>          |                  |  |
| 32. นางนาฏจุฑา  | รัตน์สมบัติ      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี</b>                 |                  |  |
| 33. นางสาวพรจิตต์                                     | ทองบัณฑิต        | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี</b> |                  |  |
| 34. นางนุรีย์ชะ                                       | มามะ             | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                      |
| <b>โรงพยาบาลรามาริบัติ</b>                            |                  |  |
| 35. นายแพทย์วัชรพล                                    | สกุลวิโรจน์      | แพทย์ประจำบ้าน                             |
| 36. นายแพทย์พฤทธิ                                     | ทองเพ็ญจันทร์    | แพทย์ประจำบ้าน                             |
| <b>สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</b>                 |                  |  |
| 37. นางกฤษณา  | จันทร์ตรี        | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน                   |
| 38. นางสาวอุษา  | ลิ้มชีว          | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ                  |
| 39. นางสาวชิตชนก                                      | โอภาสวัฒนา       | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ             |
| 40. นางสาวชนิกรรดา                                    | ไทยสังคม         | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                |
| 41. นางสาวธนเนตร                                      | ฉันทลักษณ์วงศ์   | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ                  |
| 42. นางชาดา   | ประจง            | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                |
| 43. นางสาวพัชรินทร์                                   | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ                |
| 44. นางสาวนารีรัตน์                                   | พิศหนองแขง       | นักวิชาการสาธารณสุข                        |
| 45. นางสาวอรวรรณ                                      | รอดนุช           | นักวิชาการสาธารณสุข /ยาเสพติด              |

- |                     |              |                              |
|---------------------|--------------|------------------------------|
| 46. นางสาวศรีแพร    | หนูแก้ว      | นักวิชาการสถิติ              |
| 47. นางพาริณี       | ปลัดปกครอง   | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน     |
| 48. นายกฤตเมธ       | ตุ้มฉาย      | นักวิชาการอิสระ โครงการ ผรส. |
| 49. นางสาวจินตนา    | กันทงศ์      | นักวิชาการสาธารณสุข          |
| 50. นางสาวอุษา      | เขตรเชื่อน   | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน     |
| 51. นางธัญพร        | เสรีรัตน์    | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน     |
| 52. นางสาววราภรณ์   | อุทธารนิช    | พนักงานพิมพ์ ส.3             |
| 53. นางสาวภรณ์ทิพย์ | เชิดชูสุวรรณ | นักจัดการงานทั่วไป           |

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

**วิทยากร**

- |                       |                   |   |
|-----------------------|-------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงพันธุ์นภา | กิตติรัตน์ไพบุลย์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต     |
| 2. นายแพทย์ธรรณินทร์  | กองสุข            | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์            |
| 3. นายแพทย์บุรินทร์   | สุรอรุณสัมฤทธิ์   | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  |
| 4. แพทย์หญิงบุญศิริ   | จันศิริมงคล       | ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1                |
| 5. นางสาวลักษณ        | สุวรรณไมตรี       | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต  |
| 6. นางจินตนา          | ลิ้งเพิ่มพูน      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 7. แพทย์หญิงสรสพร     | จวงษ์             | นายแพทย์ชำนาญการ/มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| 8. นายแพทย์อนุชิต     | หิรัญกิตติ        | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ          |
| 9. แพทย์หญิงกมลเนตร   | วรรณเสวก          | โรงพยาบาลศิริราช                              |

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**

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

**โรงพยาบาลศรีธัญญา**

- |                    |         |                       |
|--------------------|---------|-----------------------|
| 14. นางสาวอนงค์นุช | ศาโคตรก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------------|---------|-----------------------|

**โรงพยาบาลสวนปรุง**

- |                |           |                       |
|----------------|-----------|-----------------------|
| 15. นางทิพศมัย | ทนายรักษี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------|-----------|-----------------------|

**โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

- |                    |          |                       |
|--------------------|----------|-----------------------|
| 16. แพทย์หญิงสรสพร | จวงษ์    | นายแพทย์ชำนาญการ      |
| 17. นางภัทราจิตต์  | ศักดิ์ดา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

**โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**

- |                    |                  |                         |
|--------------------|------------------|-------------------------|
| 18. พญ.กนกกาญจน์   | วิโรจน์อุไรเรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ   |
| 19. นางสาวสุปราณี  | พิมพ์ตรา         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   |
| 20. นางสาวพลับปลิง | หาสุข            | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

**โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์**

- |                     |                |                       |
|---------------------|----------------|-----------------------|
| 21. นางศิริภรณ์     | ชัยศรี         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 22. นางสาวนันทน์ภัส | ชนะกุลอภิวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

**โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์**

- |                  |             |                       |
|------------------|-------------|-----------------------|
| 23. นางสาวมันทนา | กิตติพิรัชล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
|------------------|-------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา**

- |              |                  |                       |
|--------------|------------------|-----------------------|
| 24. นางนงนุช | คะพิมพ์ภิบาลบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------|------------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม**

- |             |            |                       |
|-------------|------------|-----------------------|
| 25. นางเรณู | อินตะพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-------------|------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่**

- |               |       |                       |
|---------------|-------|-----------------------|
| 26. นางนพวรรณ | อุปคำ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|---------------|-------|-----------------------|

**โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช**

- |                |            |                       |
|----------------|------------|-----------------------|
| 27. นางนาฏจุฑา | รัตนสมบัติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------|------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี**

- |              |           |                       |
|--------------|-----------|-----------------------|
| 28. นางอำพัน | หิรัญอุทก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|--------------|-----------|-----------------------|

**ส่วนเลขาอนุกรรมการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.)**

- |                   |            |                         |
|-------------------|------------|-------------------------|
| 29. นางกนกวรรณ    | สุดศรีวิไล | นักวิชาการสถิติชำนาญการ |
| 30. นางสาวธัญวรรณ | สุลำซิง    | นักวิชาการสาธารณสุข     |

**สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต**

- |                     |                  |                                |
|---------------------|------------------|--------------------------------|
| 31. นางสาวอุษา      | ลิ้มซิว          | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ      |
| 32. นางสาวชิตชนก    | โอภาสวัฒนา       | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 33. นางสาวชนิกรรดา  | ไทยสังคม         | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ    |
| 34. นางสาวธนเนตร    | ฉันทลักษณ์วงศ์   | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ      |
| 35. นางชาดา         | ประจง            | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ    |
| 36. นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ    |
| 37. นางสาวนารีรัตน์ | พิศหนองแขง       | นักวิชาการสาธารณสุข            |
| 38. นางสาวอรวรรณ    | รอดนุช           | นักวิชาการสาธารณสุข            |
| 39. นางสาวศรีแพร    | หนูแก้ว          | นักวิชาการสถิติ                |
| 40. นางพาริณี       | ปลัดปกครอง       | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน       |
| 41. นายกฤตเมธ       | ตุ้มฉาย          | นักวิชาการอิสระ โครงการ ผรส.   |
| 42. นางสาวจินตนา    | กันทงงค์         | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ    |
| 43. นางสาวเกศสุดา   | ภูมาลี           | เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน      |
| 44. นางสาวเปมิกา    | ติงสมบัติยุทธ์   | นักจัดการงานทั่วไป             |

**รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อทบทวน  
หลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข  
ระหว่างวันที่ 16 – 17 พฤศจิกายน 2558  
ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต**

---

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

1. นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	
2. นางสาวลักษณะ	สุวรรณไมตรี	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
3. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
4. นางซาดา	ประจง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
5. นางประเทือง	ลออสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
6. นางสาวอัญชลี	ศรีสุพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
7. นางสาวปรียารัตน์	สุขสมภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีธัญญา
8. นางพาริณี	ปลัดปกรอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

## รายชื่อที่ปรึกษาและคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2557

### รายชื่อที่ปรึกษา

1. นายแพทย์วิวัฒน์	ยถาภูฐานนท์	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์เจษฎา	โชคดำรงสุข	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
4. นายแพทย์ธรมินทร์	กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบูลย์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
6. นายแพทย์บุรินทร์	สุอรุณสัมฤทธิ์	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ
7. แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

### คณะทำงาน

1. นางสาวลักษณีย์	สุวรรณไมตรี	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	ประธาน คณะทำงาน
2. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	
3. นางสาวชิตชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	
4. นางสาวชนิกรรดา	ไทยสังคม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
5. นางสาวพัชรินทร์	ศิริวิสุทธิรัตน์	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	
6. นางสาวจินตนา	กันทงงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
7. นางพาริณี	ปลัดปกครอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	
8. นางสาวนารีรัตน์	พิศหนองแวง	นักวิชาการสาธารณสุข	
9. นายกฤตเมธ	ตุ้มฉาย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ	
10. นางสาววารภรณ์	อุทธารนิช	พนักงานพิมพ์ ส.3	
11. นางสาวเกศสุตา	ภูมาลี	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	
12. นางสาวพรทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป	
13. นางสาวเปมิกา	ติงสมบัติยุทธ	นักจัดการงานทั่วไป	
14. นางสาวอุษา	ลิ้มซิว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	เลขานุการคณะทำงาน
15. นางซาดา	ประจง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ คณะทำงาน

**รายชื่อวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม และคณะทำงาน**  
**โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาหลักสูตรวิทยากรเรื่อง การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต**  
**สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)**  
**ระหว่างวันที่ 19 – 21 กันยายน 2560**  
**ณ โรงแรมนารายณ์ สีลม กรุงเทพมหานคร**

**รายชื่อวิทยากร**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต    |
| 2. นางสาวลักษณีย์ สุวรรณไมตรี       | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวอุษา ลิ้มชิว               | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต               |
| 4. นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์      | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต               |
| 5. นายวีร์ เมฆวิไลย์                | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต               |

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

**โรงพยาบาลศรีธัญญา**

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. นางระวีวรรณ เต็มวาณิช  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาววีรี แดงประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางนุชนาถ ไชยเจริญ     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**

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

**สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์**

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| 7. นางยุพิน ตุ่มโหมด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์**

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

**โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**

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

**โรงพยาบาลสวนปรุง**

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 10. นางทิพคมัย ทายะรังสี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
|--------------------------|----------------------------|

**โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| 11. นางสาวอาภรณ์ สุวรรณเกษภูเลิศ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------------------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลแกด้า จังหวัดมหาสารคาม**

12. นางสุภาพร สุโพธิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี**

13. นางสาวราณี อาษาเจริญ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต**

14. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

15. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

16. นางสาวพัชรินทร์ ศิริสุทธิรัตน์

นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ

17. นางพัทธนันท์ สอนวงษ์

นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ

18. นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

19. นางสาวชฎีภรณ์ เสี่ยงล้ำ

นักวิชาการสาธารณสุข

20. นางสาวนารีรัตน์ พิศหนองแขง

นักวิชาการสาธารณสุข

21. นายกฤตเมธ ตุ่มฉาย

นักเทคโนโลยีสารสนเทศ

22. นายวีระยุทธ มายุศิริ

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

23. นางสาวมณีนุญา เจริญตระกูล

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

24. นางสาวสุวิมล อุ่เงิน

พนักงานพิมพ์ ส.3

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

**รายชื่อวิทยากร**

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

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

**โรงพยาบาลศรีธัญญา**

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. นางระวีวรรณ เต็มวาณิช  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาววีรี แดงประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางปัทมาธิ์ ประสาทศรี  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา**

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| 4. นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|---------------------------|-----------------------|

**สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์**

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| 5. นางยุพิน ตุ่มโหมด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------------|-----------------------|

**โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**

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

**โรงพยาบาลสวนปรุง**

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 7. นางทิพมัย ทายะรังสี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
|------------------------|----------------------------|

**โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

- |                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| 8. นางสาวอาภรณ์ สุวรรณเกษภูเลิศ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|---------------------------------|-----------------------|

**สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต**

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 9. นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา         | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ   |
| 10. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม        | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 11. นางสาวพัชรินทร์ ศิริสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ      |

- |                      |                |                               |
|----------------------|----------------|-------------------------------|
| 12. นางพัทธนันท์     | สอนวงษ์        | นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ   |
| 13. นางสาวชลลดา      | จารุศิริชัยกุล | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 14. นางสาวชุรีภรณ์   | เสียงล้ำ       | นักวิชาการสาธารณสุข           |
| 15. นางสาวนาเรีรัตน์ | พิศหนองแขง     | นักวิชาการสาธารณสุข           |
| 16. นายกฤตเมธ        | ตุ้มฉาย        | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ          |
| 17. นายวีระยุทธ      | มายุศิริ       | นักวิชาการคอมพิวเตอร์         |
| 18. นางสาวสุวิมล     | อุ่เงิน        | พนักงานพิมพ์ ส.3              |

## รายชื่อที่ปรึกษาและคณะทำงาน ปีงบประมาณ 2560

### รายชื่อที่ปรึกษา

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

### คณะทำงาน

1. นางสาวลักษณีย์	สุวรรณไมตรี	นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ	ประธานคณะทำงาน
2. นางสาวอุษา	ลิ้มซิว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ	
3. นางสาวชิตชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ	
4. นางสาวชนิกรรดา	ไทยสังคม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
5. นางสาวพัชรินทร์	ศิริวิสุทธิรัตน์	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ	
6. นายวีร์	เมฆวิสัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	
7. นางสาวชลลดา	จารุศิริชัยกุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	
8. นางสาวชურიภรณ์	เสียงล้ำ	นักวิชาการสาธารณสุข	
9. นางสาวนารีรัตน์	พิศหนองแขง	นักวิชาการสาธารณสุข	
10. นายกฤตเมธ	ตุ้มฉาย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ	
11. นายวีระยุทธ	มายุศิริ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	
12. นางสาววารภรณ์	อุทธารนิช	พนักงานพิมพ์ ส.3	
13. นางสาวมณัญญา	เหรียญตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	
14. นางสาวสุวิมล	อุ๋เงิน	พนักงานพิมพ์ ส.3	
15. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	เลขานุการคณะทำงาน
16. นางพัทธนันท์	สอนวงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	ผู้ช่วยเลขานุการและ คณะทำงาน



คู่มือวิทยาการหลักสูตร

การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต

สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข