กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แนวทาง
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

แนวทาง
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ชื่อหนังสือ **แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง**

จัดทำโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ครั้งที่ 3/2561

พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด

คำนำ

ปัญหาการใช้สุรา/สารเสพติด เป็นปัญหาใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ติดสุรา/สารเสพติดจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต เรียกว่า ภาวะโรคจิตเวชสุรา/สารเสพติด มีอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบันอยู่เป็นประจำ โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

กรมสุขภาพจิต เล็งเห็นความจำเป็นในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มุ่งหวังให้เกิดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด	1
● ความเป็นมาและความสำคัญ	1
● ความหมายของโรคจิตเวชร่วม	2
● คำจำกัดความ	5
● เกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของกรมสุขภาพจิต	6
● เครื่องมือที่ใช้/แบบคัดกรอง/แบบประเมิน/แบบติดตาม/แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย SMI-V	11
บทที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในชุมชน	12
● พรบ.สุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด	12

บทที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 22

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี 22
- ผังไหลการดูแลผู้เสพ/ติดที่มีอาการทางจิตรักษาตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต 24
- ผังไหลกรณีผู้เสพ/ติด ที่มีอาการทางจิต เข้าสู่กระบวนการระบบบริการ 25
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยนอก 26
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบผู้ป่วยใน และการติดตามหลังจำหน่ายสู่ชุมชน 27
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวช 28
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับ รพศ./รพท./รพช. 29

บทที่ 4 การดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 30

บทที่ 5 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน 35

- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน 37
- บทบาทหน้าที่ต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 39

เอกสารอ้างอิง 40

ภาคผนวก 41

- แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 42
- แบบประเมินความก้าวร้าว (Overt Aggression Scale) 44
- แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 46
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน 52
- ใบความรู้อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติฯ 56
- แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง 60
- รายชื่อผู้พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 61

บทที่ 1

ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดหรือสารเมทแอมเฟตามีน เป็นปัญหาใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก พบว่า ประชากรกว่า 35 ล้านคนเสพสารนี้ และมีความรุนแรงสูงขึ้นในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สารกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่แพร่ระบาดมากที่สุดมี 4 ลักษณะคือ 1) ชนิดเม็ด หรือ ยาบ้า ซึ่งมีสารเมทแอมเฟตามีนประมาณ 10-30% 2) ชนิดเกร็ด หรือ “ไอซ์” มีสารเมทแอมเฟตามีน ประมาณ 90% 3) ชนิดผง และ 4) ชนิดน้ำมันข้น ในประเทศไทยพบว่า ผู้ใช้ “ยาบ้า” มีอายุน้อยลงในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี และอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการใช้ “ไอซ์” มากขึ้น ซึ่งความรุนแรงมากกว่า “ยาบ้า” หลายเท่า

การใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่าเกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อนำประสาท หรือ สารโดปามีน ในสมองผิดปกติ เกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบันอยู่เป็นประจำ จากข้อมูลของ **National Survey on Drug Use and Health** ปี ค.ศ. 2012 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI นั้น พบว่ามีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษา พบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง

โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

กรมสุขภาพจิต เล็งเห็นความจำเป็นในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและระดมความคิดจากหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมุ่งหวังให้เกิดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

ความหมายของโรคจิตเวชร่วม

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป

William และ Cohen

“Comorbidity” เป็นคำที่ใช้กันทั่วไปเมื่อมีการเกิดขึ้นร่วมกันของโรคหรืออาการ

“Dual diagnosis” บ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์กันระหว่างสองโรคนี้ โดยเฉพาะสาเหตุการเกิดร่วมกัน

SAMHSA

“Co-occurring disorders (COD)” ภาวะที่โรคจิตเวชเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องสุราหรือสารเสพติด

แนวคิดเรื่องโรคร่วม: Co-occurring disorders (COD)

แนวคิดที่ 1: ความสำคัญของโรค (relative importance)

โรคร่วมหมายถึงโรคที่เกิดร่วมกับโรคหลัก (index condition) โดยโรคหลักเป็นอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับแพทย์เฉพาะทางด้านใด

- complication หมายถึงโรคที่เกิดขึ้นตามมา
- multicomorbidity หมายถึงการมีโรคร่วมหลายโรคร่วมกันทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน โดยไม่สามารถระบุได้ว่าโรคใดเป็นโรคหลัก
- multimorbidity หมายถึงการมีโรคสองโรคที่ต่างกันโดยชัดเจนเกิดขึ้นร่วมกัน โดยไม่สามารถบอกได้ว่าโรคใดมาก่อนกัน

แนวคิดที่ 2: การดำเนินโรค (Chronology)

- ช่วงเวลา (time span) และ ลำดับการเกิด(sequence) เป็นสิ่งสำคัญ
- ช่วงเวลาหนึ่งอาจมีโรคทางจิตเวชสองโรคเกิดขึ้นแต่ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้น ณ เวลาเดียวกันก็ได้
- ลำดับการเกิดก่อนหลังของโรคร่วมก็มีความสำคัญในแง่ต้นเหตุ พยากรณ์โรค และการรักษา

แนวคิดที่ 3: ภาระโรคร่วมและภาพรวมของผู้ป่วย (morbidity burden and patient complexity)

ภาระโรคที่รวมไปถึงการสูญเสียจากความเจ็บป่วยและผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ความสามารถการทำงาน

เครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรค อายุ และเพศ เช่น Diagnosis-Related Groups (DRGs) ใช้ประเมินความรุนแรงของโรคร่วมโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแสดงความเชื่อมโยงระหว่างโรคต่าง ๆ กับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อทรัพยากรการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก เวลาที่ใช้ และทรัพยากรการดูแลสุขภาพ

ความหมายเฉพาะของโรคร่วม

Angold และคณะ ได้แบ่งโรคจิตเวชร่วมออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. Homotypic comorbidity ที่เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติดสองชนิด (เสพกัญชาและดื่มสุรา หรือโรคซึมเศร้า major depressive disorders และ dysthymia)

2. Heterotypic comorbidity ที่เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค เช่น การติดสารเสพติดและโรคซึมเศร้า เป็นต้น

สาเหตุของโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด

1. Direct causal relationship
   - ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุของปัญหาการเสพสารเสพติด
   - ปัญหาการเสพสารเสพติดเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต
2. Indirect causal relationship
3. Common factors
   - ปัจจัยทางกายภาพ (Biological factors): Neurotransmitter function, genetic factors
   - ปัจจัยบุคลิกภาพ (Individual factors)
   - ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม (Social and environmental factors)

ผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วม

แม้ในผู้ที่มีเพียงปัญหาสุขภาพจิตหากมีการเสพสารเสพติดแล้วจะยิ่งทำให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจนป่วยได้

- การเสพสารเสพติดในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะ
  - เพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และควบคุมตัวเองไม่ได้
  - เพิ่มอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเสี่ยงการทำร้ายตัวเอง
- โรคร่วมยังทำให้สุขภาพกายแย่ลง เพิ่มปัญหาสังคม ปัญหากฎหมาย และปัญหาเศรษฐกิจ
- ในสถานการณ์ที่แย่กว่านั้น อาจลงท้ายด้วยการทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ไร้ที่อยู่อาศัย และเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ก่อกวนสังคม ฉีดสารเสพติดเข้าเส้น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือฆ่าตัวตาย

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ที่มีอาการทางจิตจากโรคแทรกหรือโรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

โรคจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ประกอบด้วย

1. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจาการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5)

2. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx+F10.xx-F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป

เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 หรือ DSM-V ที่มีภาวะอันตรายสูงหรือที่มีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ดังนี้

- มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

หมายเหตุ: ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และต้องให้การบริการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (3S) โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้วินิจฉัยดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (3S) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 และมีภาวะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและเข้มข้นแบบผู้ป่วยใน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้งใน 1 ปี
4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยภาวะโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดหรือสุรามีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมอย่างรุนแรง (ผู้ป่วยคลินิก COD)
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนิติจิตเวช หรือได้รับการส่งต่อจากกระบวนการยุติธรรมหรือความเป็นธรรมทางสังคม (ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต) เช่น ผู้ป่วยที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือถูกทารุณกรรมทางกาย (ผู้ป่วยนิติจิตเวช)
7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชต้องเข้ารับการสังเกตแบบผู้ป่วยใน (ผู้ป่วย Admit)
8. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
9. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในและมีปัญหาทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วย re-admit ภายใน 1 เดือน, ผู้ป่วยล่ามขัง, ญาติปฏิเสธ/ไม่เข้าใจ, ชุมชนปฏิเสธ, ผู้ป่วยเร่ร่อน, ผู้ป่วยไม่มีญาติ
10. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในแต่อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 15 วัน

รายละเอียดของเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
• ยิงตัวเองด้วยปืน • แขวนคอ • ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย • กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู • กินยาเกินขนาด ฆ่าตัวตายใช้มีดหรือของมีคมฟันแทงเฉือนปาดตัวเอง	• ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย • รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ • เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์ • จี้ตัวประกัน • ปล้น	• มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น หวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย • หวาดระแวง มีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว	• ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต • พยายามฆ่าคนอื่น จนได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่ไม่เสียชีวิต • ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น • วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
• ทำให้ตัวเองจมลงในน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ • ทำให้ยานยนต์ชนหรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆ ที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น) • ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง • ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก	• พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง • ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย(เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน) • อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย		

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
• ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเอง เพื่อให้เสียชีวิต • มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น	• ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ • ลวนลาม จับหน้าอก ก้น หรือ อวัยวะเพศผู้อื่น • ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ • บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น		

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้: แบบคัดกรอง/แบบประเมิน/แบบติดตาม/แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย SMI-V*

1. แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
2. แบบประเมินความก้าวร้าว (Overt Aggression Scale)
3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)
4. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
5. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน

***หมายเหตุ เครื่องมือที่ใช้ : แบบคัดกรอง/แบบประเมิน/ แบบติดตาม/แบบบันทึกข้อมูล อยู่ในภาคผนวก**

บทที่ 2

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดในชุมชน

พรบ.สุขภาพจิตกับผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

หลักการ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 บัญญัติขึ้นมาเพื่อ

1. คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์
2. คุ้มครองสังคมจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต

บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

1. **ผู้ที่มีภาวะอันตราย**
   - พฤติกรรมที่แสดงออกมาจากความผิดปกติทางจิต
   - มีอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
   - น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
2. **มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา**
   - ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา
   - ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตัวเองซึ่งต้องได้รับการรักษา
   - ไม่เข้าใจลักษณะและสาระสำคัญของแผนการรักษาที่แพทย์เสนอ
   - ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับการรักษาของแพทย์

ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

1. สังเกต และเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต

ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล อยากฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น พูดจาก้าวร้าว พูดจาเพ้อเจ้อ แยกตัวเอง ออกจากสังคม คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษเหนือคนอื่น แต่งกายแปลกกว่าปกติ

2. หากมีอาการรุนแรง และมีภาวะอันตรายหรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโปรดแจ้งบุคคลต่อไปนี้

- พนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ (รพ./รพ.สต.)
- พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต./เทศบาลหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- เจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สิทธิผู้ป่วย

ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1. ได้รับการปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ
2. ได้รับการคุ้มครองจากการวิจัย
3. ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม และระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาค

ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างไร

1. ช่วยกันดูแล ติดตามให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง
2. ร่วมพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยจากการถูกเอาเปรียบจากสังคม
3. เฝ้าระวังสังเกตอาการ หากผิดปกติหรือมีอาการกำเริบให้รีบแจ้งต่อเจ้าหน้าที่
4. ส่งเสริมอาชีพ หางานอดิเรกให้ทำ เพื่อฝึกสมาธิและให้ผู้ป่วยมีรายได้
5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุมชนได้

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
   - อันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน
   - พฤติกรรมที่แสดงออกมาจากความผิดปกติทางจิต
   - น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
   - ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมในการรักษา
   - ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตัวเองซึ่งต้องได้รับการรักษา
   - ไม่เข้าใจลักษณะและสาระสำคัญของแผนการรักษา
   - ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตัวเองตัดสินใจหรือไม่รับการรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้น มีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

ผังไหลการเฝ้าระวัง และการนำส่ง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เข้าสู่ระบบการบำบัด

ประชาชน คอยเฝ้าระวังพฤติกรรม ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต หากพบ ผู้มีความผิดปกติจากจิตที่ มีภาวะอันตราย จะทำอย่างไร?

ความผิดปกติทางจิตที่ควรเฝ้าระวังสังเกต

หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล
คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษ
แต่งกายแปลกกว่าคนปกติ
คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น
บ่น/คิดอยากฆ่าตัวตาย

หากมีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย

โปรดแจ้งบุคคลดังต่อไปนี้

- บุคลากรทางการแพทย์ (รพ.สต./รพช.)
- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อบต.
- พนักงานฝ่ายปกครอง/ตำรวจ
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ๑๖๖๙ หรือ มูลนิธิฯ

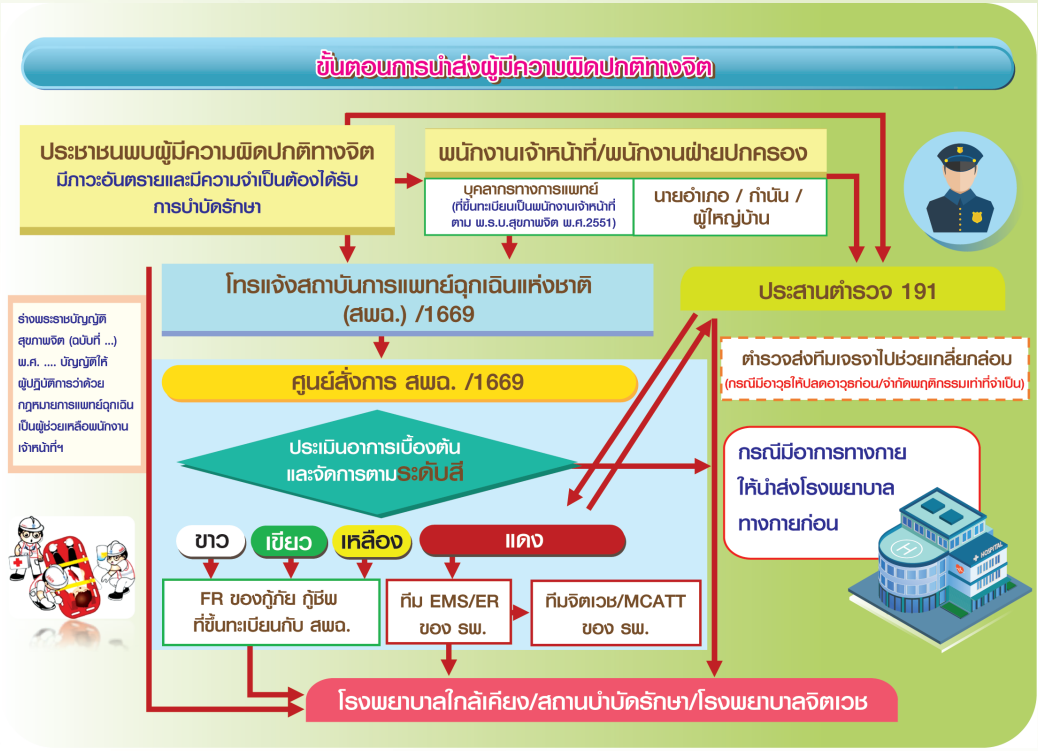
↓

นำส่งสถานพยาบาลของรัฐ/สถานบำบัดรักษา

ผังไหลบทบาทของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา

บทบาท อสม. ต่อ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
คอยสอดส่องพฤติกรรม ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ให้กับชุมชน
สร้างความเข้าใจให้แก่ชุมชน เกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพจิต
สังเกตอาการผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในชุมชน
จากการคัดกรอง
สังเกตอาการด้วยตนเอง
จากข่าวที่ชุมชนพูดกัน
หากบุคคลดังกล่าวมีความผิดปกติ ทางจิตและมีภาวะอันตราย ให้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ผังขั้นตอนการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตาม พรบ.สุขภาพจิต



สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต 2561)

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

เกณฑ์การคัดแยกความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

อาการหลัก: คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์

เกณฑ์การประเมิน:

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (วิกฤต แดง)

- มีอาวุธ
- มีพฤตกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง ทำร้ายคนอื่นหรือตนเอง ทำลายข้าวของ

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (เร่งด่วน เหลือง)

- มีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก
- มีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกิริยาหรือวาจา เช่น ด่าว่าเสียงดัง เอะอะอาละวาด คลุ้มคลั่ง ไม่ร่วมมือ
- มีพฤติกรรมขู่หรือมีทีท่าข่มขู่ว่าจะทำร้ายผู้อื่นหรือตนเอง หรือว่าจะทำลายข้าวของ
- มีพฤติกรรมพยายามจะทำร้ายผู้อื่นหรือตนเอง หรือจะทำลายข้าวของ

ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ไม่รุนแรง เขียว)

- มีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง
- มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียว พูดไม่รู้เรื่อง หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย
- มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้
- ผู้ป่วยที่ประสบสถานการณ์วิกฤตและความเครียดอย่างรุนแรง

ผู้ป่วยทั่วไป (ทั่วไป ขาว)

- ไม่มีอาการกระวนกระวาย
- มีอาการหงุดหงิดแต่ไม่ก้าวร้าว
- มีอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง
- ร่วมมือในการรักษา และให้ประวัติเองได้

ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น (อื่นๆ)

- เป็นผู้ป่วยที่รักษาทางจิตเวชมาก่อน แต่มีอาการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่น มีผลข้างเคียงเล็กๆน้อยๆ จากยา
- ร่วมมือในการรักษา และสามารถสื่อสารได้อย่างดี

ขั้นตอนการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต
รพช./รพศ./รพท. ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนสถานบำบัดรักษา
แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น บันทึกข้อมูลใน ตจ.1 (ภายใน 48 ชั่วโมง)
ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา
ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา (กรณีอาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น)
ส่งต่อ
สถานบำบัดรักษา
ให้นำกลับ/ส่งตัวกลับ สู่ชุมชน/ สถานสงเคราะห์/ โดยแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือ ญาติ
กรณี ผู้ป่วยคดี แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำตัวส่งศาล/เรือนจำ/ทัณฑสถาน
คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด บันทึกข้อมูลใน ตจ.2 (ภายใน 30 วัน)
เมื่ออาการทุเลา
ออกคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา
ส่งตัวให้บุคคลเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่อื่นเมื่อไม่มีภาวะอันตราย
บันทึกข้อมูลใน ตจ.3

บทที่ 3

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช มีกระบวนการให้บริการ ดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก
- แผนกผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แผนกผู้ป่วยนอก

1. พยาบาลจิตเวชคัดกรองเบื้องต้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ OPD ER คลินิกพิเศษ ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V เมื่อคัดกรองแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึงเป็นผู้ป่วย SMI-V และตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีคดีหรือไม่
2. จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย SMI-V และพิจารณา Admit หรือส่งต่อจิตเวชชุมชนเพื่อประสานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่อง
3. ผู้รับผิดชอบบริการผู้ป่วยนอกทำสัญลักษณ์ที่แฟ้มว่าเป็นผู้ป่วย SMI-V
4. จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชประเมินระดับอาการ และระดับความรุนแรงผู้ป่วย SMI-V โดยใช้แบบประเมิน CGI-S และ OAS/PVSS
5. ทีมสหวิชาชีพประเมินระดับความรุนแรง และปัญหาจิตสังคม (Psychosocial) ยุ่งยาก ซับซ้อน พิจารณาให้การดูแลรูปแบบเฉพาะ เช่น Case Management
6. รวบรวมข้อมูลจัดทำทะเบียน SMI-V ของหน่วยงาน/คีย์ข้อมูลลงในโปรแกรมฐานข้อมูล SMI-V

7. กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จิตแพทย์จะนัดให้มารักษาต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีการติดตามเพื่อให้มารับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 1 – 2 สัปดาห์

8. ถ้าติดตามผู้ป่วยได้แต่ไม่มารักษา /ติดตามได้และไปรักษาที่อื่น/ติดตามไม่ได้ ผู้รับผิดชอบ (งานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย) จะประสานเครือข่าย/ติดตามดูแลต่อเนื่องตามกระบวนการติดตามใกล้ชิด

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน

1. ผู้ป่วย SMI-V รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน จิตแพทย์ พยาบาล/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินอาการ ระดับความรุนแรง และปัญหาสังคมจิตใจยุ่งยากซับซ้อน พิจารณาให้การดูแลแบบเฉพาะ เช่น Case management ดังนี้

- ระดับ Mild to Moderate ให้การดูแลตามสภาพปัญหา
- ระดับ Severe และมีปัญหาสังคมจิตใจยุ่งยาก ซับซ้อน ให้การดูแลแบบ Case management หรือการดูแลเฉพาะรายผู้ป่วย SMI-V

2. การดูแลแบบ Case management / การดูแลเฉพาะรายผู้ป่วย SMI-V ประกอบด้วย

- ประเมิน/ ประชุมทีม/วิเคราะห์และสรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- กำหนดแผนกิจกรรมการรักษาพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย
- ให้บริการตามแผนการดูแล/ติดตาม กำกับและปรับปรุงแผนตามปัญหา

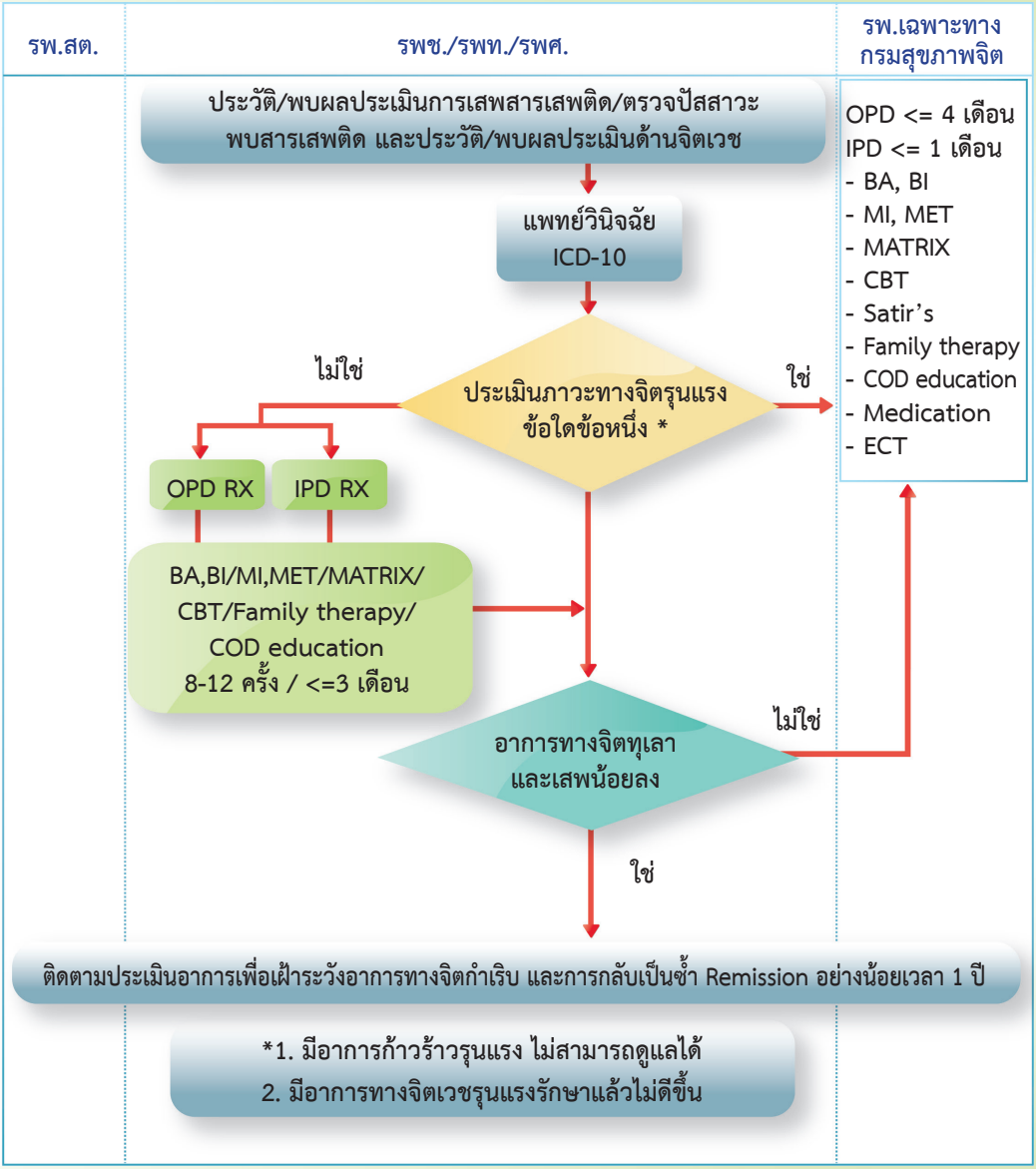
3. ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินและสรุปผลการดูแล/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมครอบครัว เครือข่าย ชุมชน โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนรายบุคคล

4. จิตแพทย์/ทีมสหวิชาชีพ พิจารณาและจำหน่ายผู้ป่วย

5. งานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายโดยมีใบ Refer/แบบบันทึก/โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

6. ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 7 วัน และติดตามต่อเนื่อง 1/3/6/9/12 เดือน

**ผู้เสพ/ติดที่มีอาการทางจิตรักษาตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต



ผังไหล กรณีผู้เสพ/ติด ที่มีอาการทางจิต เข้าสู่กระบวนการระบบบริการ

อ.ส.ม.

ค้นหาคัดกรองเบื้องต้น
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2q
- แบบคัดกรองโรคจิต
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อตัวเอง/ผู้อื่น ตาม พรบ.สุขภาพจิต

↓

- แจ้งผล
- ให้สุขภาพจิตศึกษา
- ช่วยเหลือครอบครัว รร. ชุมชน
-ประสานประชารัฐ
-ส่งต่อสถานพยาบาล

→

รพ.สต.

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2q 8q 9q
- แบบคัดกรองโรคจิต
- แบบคัดกรองสารเสพติด สธ.V2
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อตัวเอง/ผู้อื่น ตาม พรบ.สุขภาพจิต

↓

- แจ้งผล
- ให้สุขภาพจิตศึกษา
- BA/BI
- ช่วยเหลือครอบครัว รร. ชุมชน
- ประสานประชารัฐ

↓

ประเมินอาการ
ถ้าพบผิดปกติ
- ส่งต่อ รพช.

รพช./รพท./รพศ.

- urine สารเสพติด
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2q 8q 9q
- แบบคัดกรองโรคจิต
- แบบคัดกรองสารเสพติด สธ.V2
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อตัวเอง/ผู้อื่น ตาม พรบ.สุขภาพจิต
- แบบประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

↓

ส่งพบแพทย์ ประเมิน วินิจฉัย บำบัด ฟื้นฟูฯ ส่งต่อรพ.เฉพาะทาง

↓

- ผู้เสพ/ติด ที่ไม่มีอาการทางจิต รักษาตามมาตรฐานกรมการแพทย์
- **ผู้เสพ/ติด ที่มีอาการทางจิต รักษาตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต

รพ.เฉพาะทางกรมวิชาการ

- รพ. ธัญญรักษ์ ผู้ป่วยเสพติดเรื้อรัง
- รพ.จิตเวช ผู้ป่วยเสพติด อาการทางจิตไม่ทุเลา / รุนแรง

↓

- urine สารเสพติด
- ประเมินภาวะทางจิตเวช
- แบบคัดกรองความรุนแรงสารเสพติด
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อตัวเอง/ผู้อื่น ตาม พรบ.สุขภาพจิต
- แบบประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

↓

ส่งพบแพทย์ วินิจฉัย บำบัด ฟื้นฟูฯ ตามมาตรฐานกรมฯ

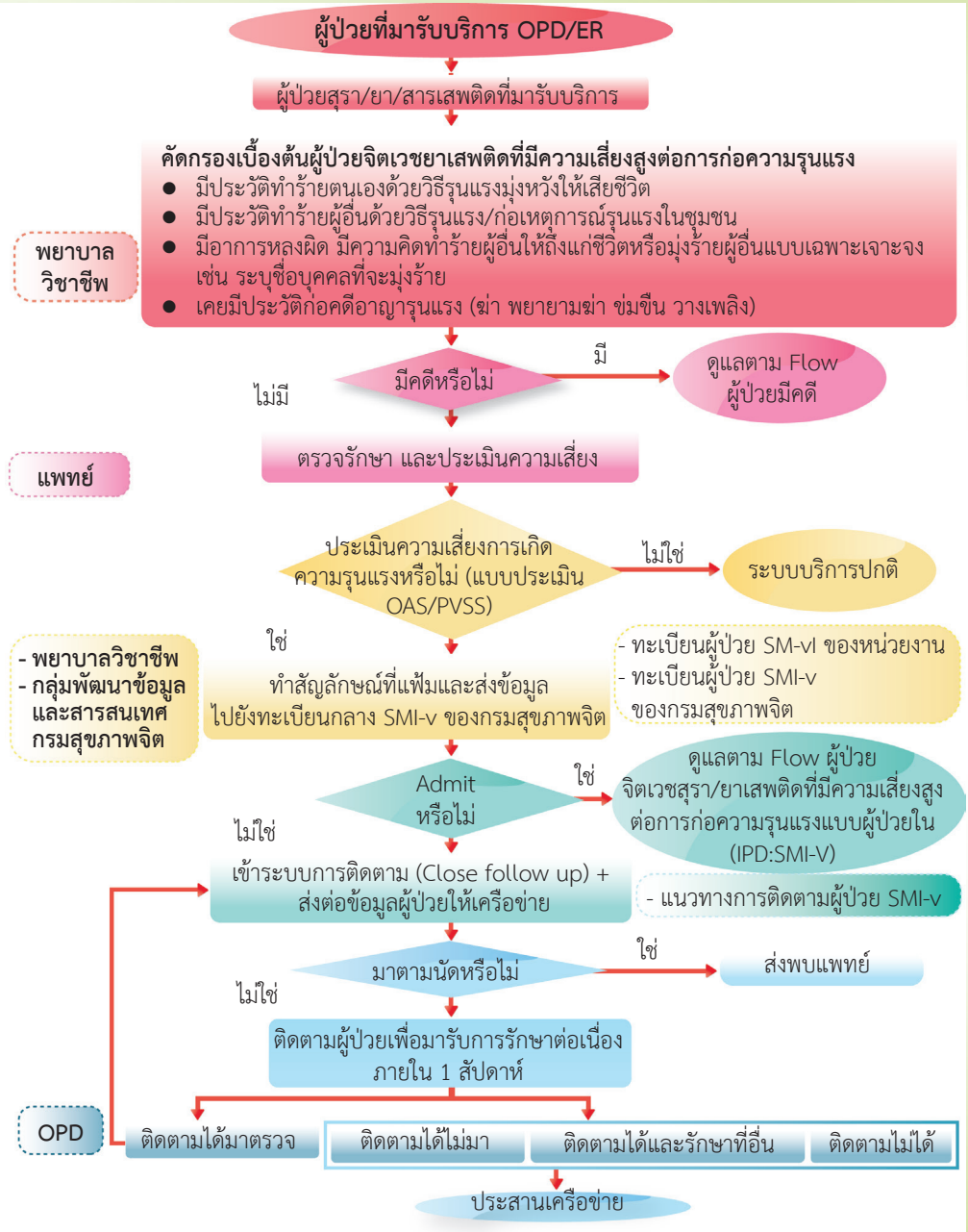
↓

บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามการรักษาต่อเนื่องจนครบเกณฑ์ Remission

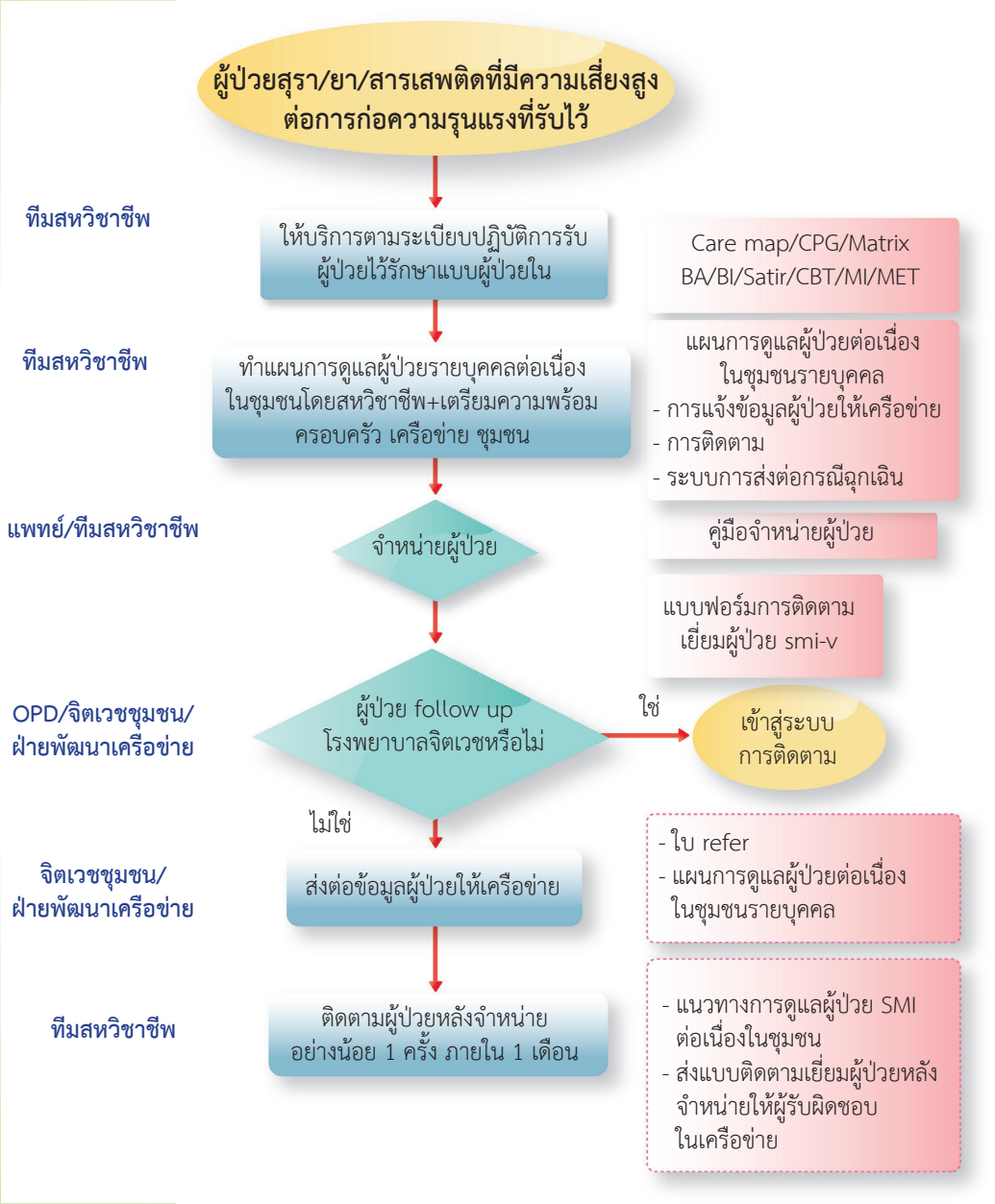
←

ติดตามประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ หลัง Remission อย่างน้อยเวลา 1 ปี

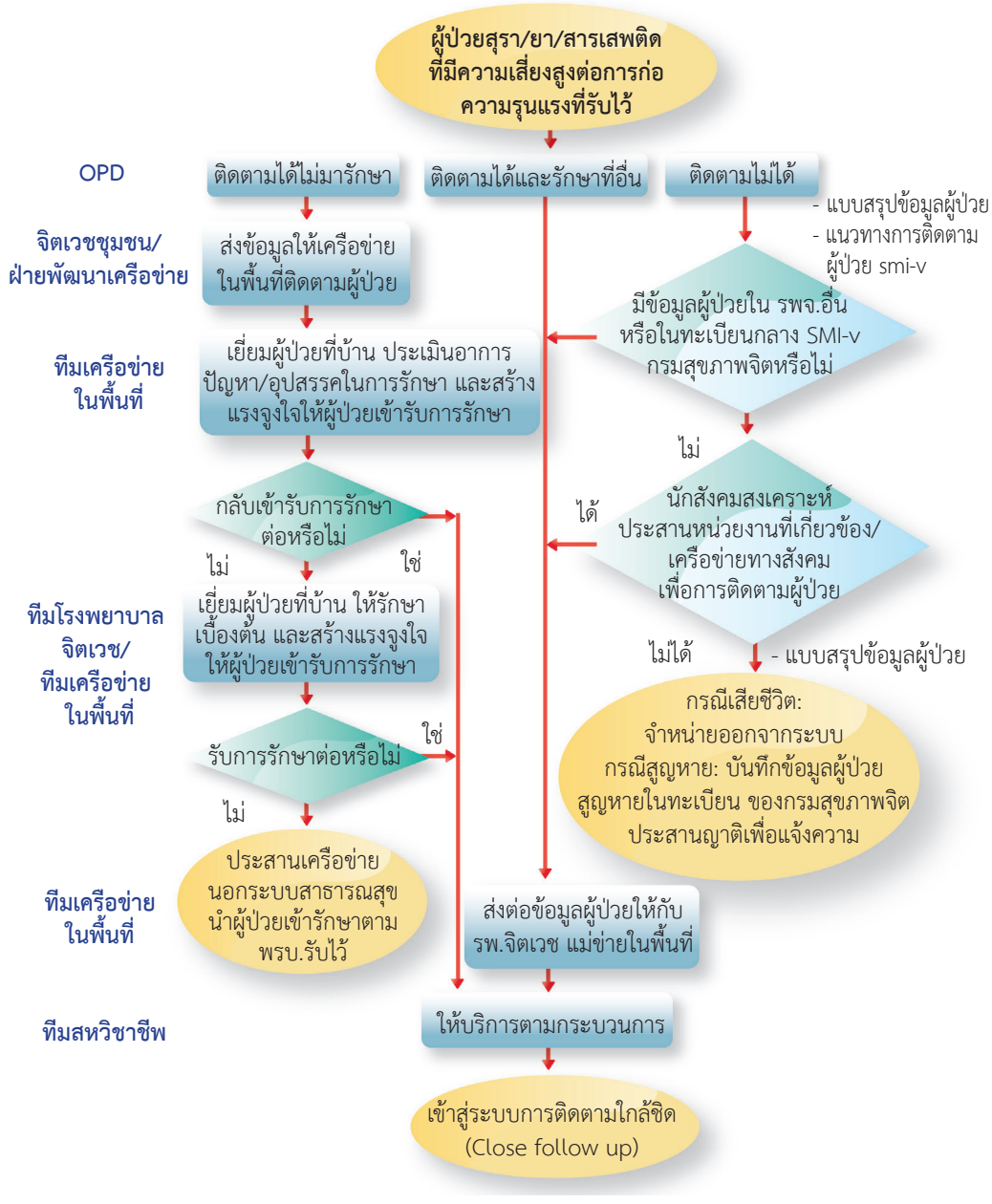
ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยนอก สำหรับโรงพยาบาลจิตเวช



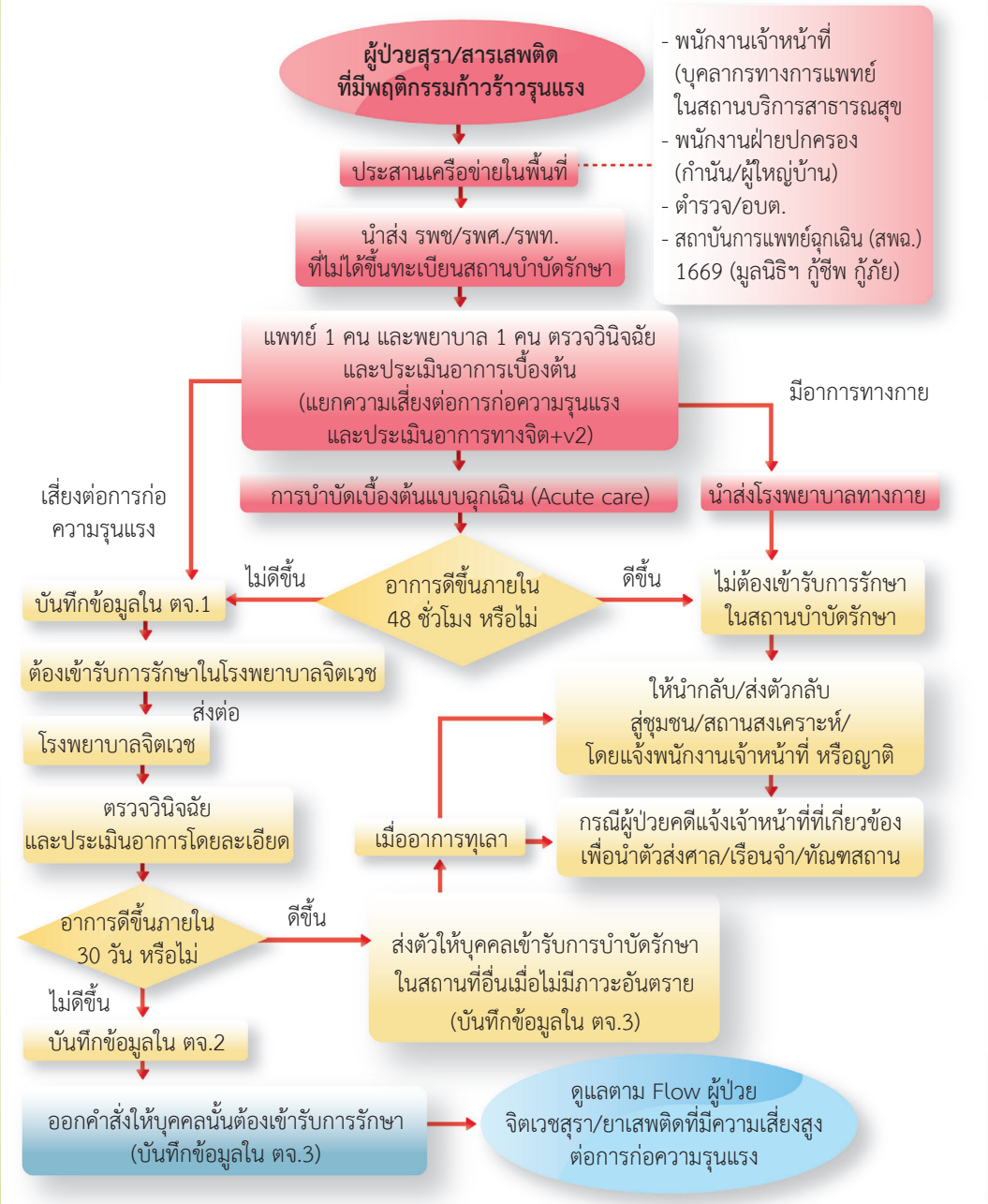
ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยใน และการติดตามหลังจำหน่ายสู่ชุมชน



ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวช



ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับ รพศ./รพท./รพช.



บทที่ 4

การดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ป่วยขาดยารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยอมรับประทานยา ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว มีอารมณ์โกรธรุนแรง ฯลฯ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการดูแลในรูปแบบที่เฉพาะ มีความเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบและกลับไปก่อความรุนแรงซ้ำ สำหรับการรักษาผู้ป่วย SMI-V จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยาร่วมกับการดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Rehabilitation Intervention) ดังนี้

1. Psychological Intervention
   1) Cognitive Behavioral Therapy
   2) Supportive Therapy
   3) Family Intervention
   4) Psychoeducation Intervention
2. Social Intervention
   1) Daily Living Skill Programms
   2) Programms Aimed at Employment
3. Service Level Intervention
   1) Assertive Community Treatment (ACT)
   2) Intensive Case Management (ICM)
   3) Case Management (CM)

4. Intervention with Specific Subpopulation

1) SMI with dual diagnosis

2) “Homeless” with SMI

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ของกรมสุขภาพจิต ในช่วงปี 2559 - 2560 พบว่าผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มใหญ่ที่ก่อความรุนแรง โดยมีปัจจัยการใช้สุรา/สารเสพติด และการขาดการรักษา ขาดยา มีปัญหาทางสังคมจิตใจยุ่งยาก ซับซ้อน ทำให้มีอาการกำเริบและก่อเหตุความรุนแรง ซึ่งการดูแลในระบบปกติอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มนี้ จึงได้นำระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) มาใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ผู้ป่วย SMI-V ได้รับบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

2. ทีมสหวิชาชีพมีการประสานงาน ความร่วมมือ และการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดการสูญเสียเวลา วัสดุอุปกรณ์และลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

4. บุคลากรทีมสหวิชาชีพได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการจัดการรายกรณีผู้ป่วย SMI-V

หมายเหตุ : รายละเอียดศึกษาจาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยใช้การจัดการรายกรณี สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวอย่าง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี (Case Management)

เมื่อผู้ป่วย SMI-V เข้าสู่กระบวนการรักษา จะมีการประเมินระดับอาการทางจิต ระดับพฤติกรรมความรุนแรง และปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วย SMI–V เพื่อจำแนกกลุ่มอาการ ความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนจัดระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V แต่ละราย โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression) แบบประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (รายละเอียดในภาคผนวก) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามความเหมาะสม

การจัดบริการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบ่งเป็น 2 รูปแบบตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย (Mild) ถึงปานกลาง ให้การดูแลรักษาตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้ระบบ Discharge Planning และส่งต่อเครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ตาม flow การดูแลผู้ป่วย SMI-V ในบทที่ 2)

2. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีความรุนแรงระดับมาก (Severe) ให้การดูแลรักษาตามกลุ่มโรคตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้การจัดการรายกรณี (Case Management) การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) และการส่งต่อให้กับเครือข่าย (Referral System) มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse Case Manager) โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (Collaborative Team) ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามแผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway/Care Map) ที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมในการใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลครอบคลุมและต่อเนื่องแบบองค์รวมตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย

แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลตาม Staging 3 ระยะ คือ Acute phase, Stabilization phase และ Recovery phase (Stable phase) **เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตาม** Staging 3 ระยะ

I. **Acute phase** ประกอบด้วย 3 phases ตามเป้าหมายดังนี้

1. Initial phase (day 0 – day 14)

1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง หลังได้รับการรักษาภายใน 14 วัน (BPRS ≤ 36)

2) ผู้ป่วยมีอาการภาวะถอนพิษสุราและสารเสพติดลดลง เช่น MINDS

3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือภาวะแทรกซ้อน

2. Interim phase (day 15 – day 28)

1) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูตามสมรรถภาพตามความบกพร่อง

2) ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทางคลินิก

3. Pre-discharge phase (day 29 – day 45)

1) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบก่อนจำหน่าย (BPRS≤ 36)

2) ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถโดยรวมก่อนจำหน่าย โดยมีคะแนน GAF ≥ 71

3) ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก

4) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพร่องมีคะแนน ICF ลดลง

5) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกมีภาระการดูแลลดลงพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

II. **Stabilization phase** (หลังจำหน่าย – 6 เดือน)

1. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนมารับบริการตามนัด
2. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
3. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 180 วัน
4. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนมีคะแนน GAF ไม่ต่ำกว่าก่อนจำหน่าย
5. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนรู้สึกมีภาระการดูแลลดลง

III. **Recovery phase (หลัง 6 เดือน – 1 ปี)**

1. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี มีค่าความสามารถโดยรวมมีคะแนน GAF ≥ 71
2. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี
3. ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนมีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นไป

องค์ประกอบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในแต่ละระยะของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ระบบการดูแลต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่ชุมชน

1.1 ระบบการจัดการรายกรณี (Case management)

1.2 ระบบการวางแผนการจำหน่าย (Discharge planning)

1.3 ระบบส่งต่อ (Referral System)

2. เครื่องมือ/อุปกรณ์

2.1 แผน Clinical Pathway สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ระยะ Acute phase, Stabilization phase, and Recovery phase (Stable phase)

2.2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (Variance record form)

3. แบบประเมินผู้ป่วย (screening) และแบบวัดผลลัพธ์การดูแล

3.1 แบบประเมิน BPRS, HoNOS, PANSS, CGI

3.2 แบบประเมิน OAS, PVSS

3.3 แบบประเมิน ICF

3.4 แบบประเมิน GAF, SF (Social Functioning)

บทที่ 5

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน

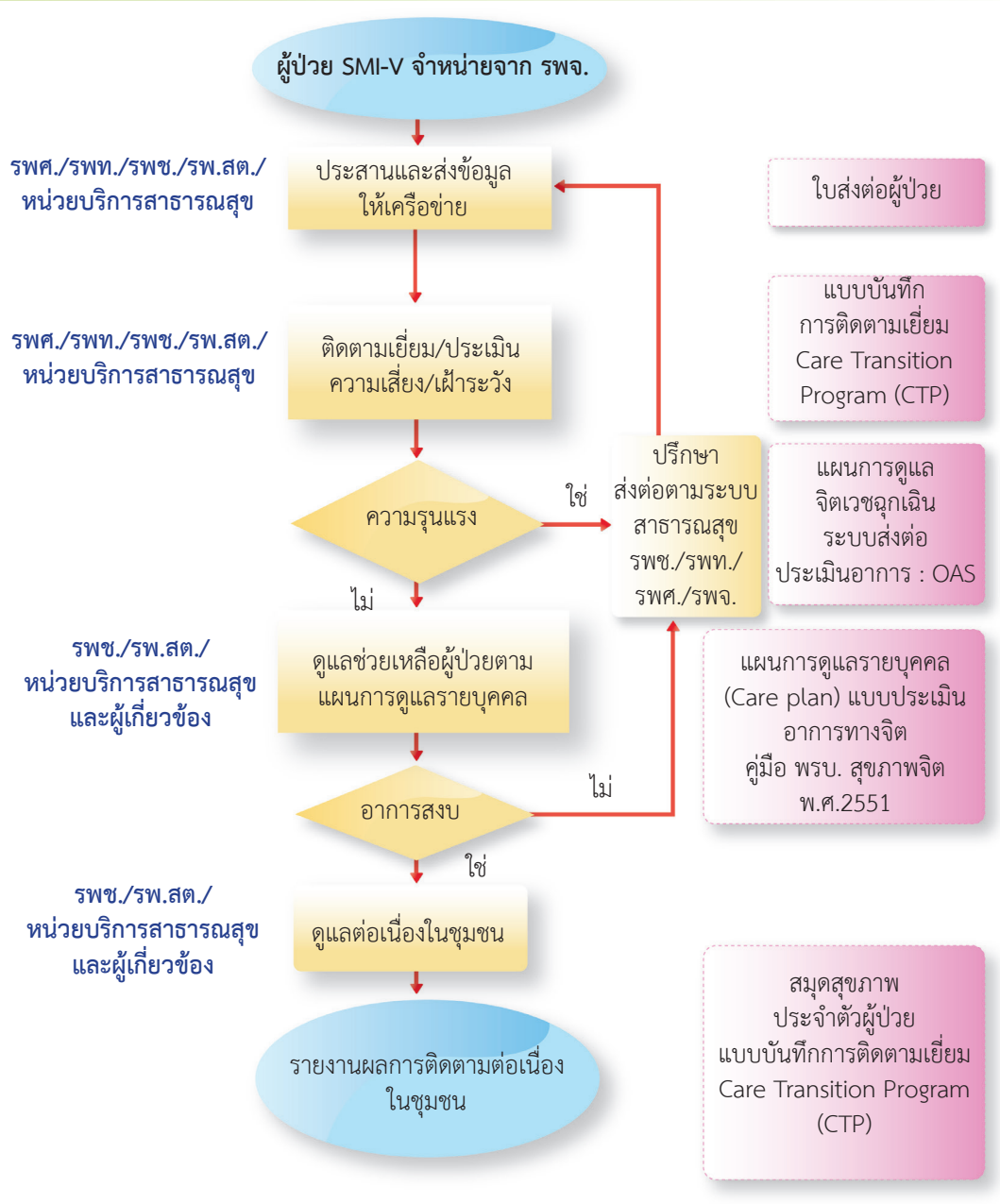
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชนมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้หากขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะทำให้มีอาการกำเริบ หรือหากมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีโอกาสที่จะก่อความรุนแรงหรืออันตรายต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมมากขึ้น จึงต้องมีระบบติดตามดูแล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ระบบส่งต่อ ระบบสารสนเทศ (Information) และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกราย โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านของทีมจิตเวชชุมชนและเครือข่ายที่มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกันตามตาราง ดังนี้

กิจกรรม	โรงพยาบาลจิตเวช	เครือข่าย
1. การแจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย	● ทางโทรศัพท์: ความถี่ขึ้นกับแต่ละพื้นที่ ● สื่อสารผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น SINAP, ThaiCoC, E-mail, Home Health Care online, Himpro, หนังสือราชการ, Fax (กรณีหน่วยงานตรง : ความลับ) ● แบบส่งต่อข้อมูลเครือข่าย	● สื่อสารผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น SINAP, ThaiCoC, E-mail, Home Health Care online, Himpro, หนังสือราชการ

กิจกรรม	โรงพยาบาลจิตเวช	เครือข่าย
2. การติดตาม	• มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือน • หากผู้ป่วยขาดนัด มีการติดตามภายใน 1 สัปดาห์ • โรงพยาบาลจิตเวชติดตามข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยทุก 3 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังจากนั้นติดตามทุก 6 เดือน • ลงติดตามเยี่ยมพร้อมทีมระดับอำเภอและระดับชุมชน กรณีที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยคดีก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือผู้ป่วยที่อยู่ในความสนใจของสังคม (ข่าว,สื่อ) เป็นต้น	• นัด Follow up กับจิตแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชทุก 1 เดือน • หากผู้ป่วยขาดนัด มีการติดตามภายใน 1 สัปดาห์ • มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 1 เดือนร่วมกับทีมในชุมชน • มีการประเมินติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องพร้อมให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามแผนการดูแล (Care Plan)
3. ระบบการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน	จัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับรับ/ส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและเครือข่าย	ประสานงานปรึกษาส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย
4. กรณีส่งต่อการรักษานอกเขต	ให้ส่งต่อการรักษาเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชในเขต	กรณีโรงพยาบาลเครือข่ายมีจิตแพทย์ ควรแจ้งให้โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ทราบเพื่อการติดตามต่อเนื่อง

ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน โดย รพจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.



อธิบายผังไหล

เมื่อผู้ป่วย SMI-V อาการทุเลา จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. โรงพยาบาลจิตเวชประสานให้ข้อมูลกับเครือข่าย โดยใช้โปรแกรมต่างๆ เช่น SINAP, Thai COC, E-mail, Home health care online, Himpro, หนังสือราชการ, Fax, ใบส่งตัว ให้กับพื้นที่ที่ดูแล

2. ทีมจิตเวชชุมชน /ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย ติดตามเยี่ยม ประเมินความเสี่ยง และเฝ้าระวัง ผู้ป่วยหลังจำหน่าย อย่างน้อยภายใน 1 เดือน หรือ Follow up 1 เดือน หลังจำหน่าย ติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยทุก 3 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี หลังจากนั้นติดตามทุก 6 เดือน หรือตามบริบทของแต่ละพื้นที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมิน

3. กรณีพบผู้ป่วยมีความรุนแรงระดับปานกลาง/สูง พื้นที่ประสานงาน/ปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย โดยโรงพยาบาลจิตเวชจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับ รับ/ส่งต่อผู้ป่วย SMI-V

4. กรณีผู้ป่วยมีความรุนแรงระดับน้อยให้ติดตามดูแลตามแผนการดูแลของบุคคล

5. บันทึกและรายงานผลการติดตามในชุมชน ตามระบบติดตามในโปรแกรมต่างๆที่แต่ละพื้นที่กำหนดไว้

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ ยา/ สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ที่ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ขาดยา ใช้สารเสพติด มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า ทำร้ายตัวเอง ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจึงมีความสำคัญ

บทบาทหน้าที่ต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน

1. ญาติ/อาสาสมัครสาธารณสุข/บุคคลที่พบเหตุ ประเมินสถานการณ์และความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีอาการกำเริบ เฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน อาการกำเริบ การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal Management) หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประสานและส่งต่อข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการติดตามดูแล เฝ้าระวัง ประเมินอาการเตือนและประเมินระดับความรุนแรง ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale) การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal Management) ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดูแลติดตามผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องในชุมชน ประสานปรึกษาแพทย์และหรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาและประสานงานบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน

3. แกนนำ/ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ แจ้งเหตุหรือช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ ช่วยเจรจาต่อรองหลังจากผู้ป่วยหายป่วยแล้วลงเยี่ยมให้กำลังใจ

4. เจ้าหน้าที่ตำรวจมีหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ดูแลความปลอดภัยร่วมเจรจาต่อรอง

5. เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าพนักงานในการระงับเหตุเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานในการควบคุมสถานการณ์ในที่เกิดเหตุช่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

6. เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลควรจะมีนโยบายและสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนบุคลากร รถและสวัสดิการต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. 2560.

บุญศิริ จันศิริมงคล และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. แนวปฏิบัติ: การดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน; 2556.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2560. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 16: “ซึมเศร้า...เราคุยกันได้” SYMPOSIUM: ระบบการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสุราและสารเสพติด; 4 สิงหาคม 2560 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.

ภาคผนวก

แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยเคยมีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่			
1. มีประวัติการฆ่าตัวตายโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต หรือไม่ หากตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า..กระทำด้วยวิธีอะไร?	2. มีประวัติการก่อความรุนแรงทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่าพยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ยิงตัวเองด้วยปืน ☐ แขวนคอ ☐ ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย ☐ กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู	☐ ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย ☐ รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ	☐ มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย ☐ หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว	☐ ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต ☐ พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต ☐ ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น ☐ วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย

ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยเคยมีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่			
☐ กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตาย ☐ ใช้มีดหรือของมีคมฟัน แทง เฉือนปาดตัวเอง ☐ ทำให้ตัวเองจมลในน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ ☐ ทำให้ยานยนต์ชนหรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆ ที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น) ☐ ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง ☐ ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก ☐ ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต	☐ เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์ ☐ จี้ตัวประกัน ☐ ปล้น ☐ พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง ☐ ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน) ☐ อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย ☐ ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ☐ ลวนลาม จับหน้าอก ก้น หรืออวัยวะเพศผู้อื่น ☐ ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ		
☐ มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้นผนัง หรือของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น	☐ บุกรุกบ้าน เพื่อทำอันตรายผู้อื่น		

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
(OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

คำแนะนำ : แบบประเมินชุดนี้ ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำ หรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมิน และให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ประเมินได้
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 0	
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก		ไม่พบ	.....

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ประเมินได้
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 0	
2. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง	หงุดหงิด ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง	ไม่พบ	.....
	ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ	แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ			.....
3. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟ เผา ฯลฯ	ขว้างปา/เตะ/ทุบวัตถุ หรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย	ไม่พบ	.....

HN.....วันที่...../...../..... ผู้ประเมิน.....

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale : PVSS)

คำชี้แจงสำหรับผู้ประเมิน : แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของจิตเวช อันจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย

วิธีการใช้แบบประเมิน : โปรดถามข้อมูล จากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อมร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย

ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมิน ว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมินให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (≥ 1 ชนิด)	0	ไม่ได้ใช้	
		1	ใช้แต่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	
		2	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคน หรือ สิ่งของหลักจากการใช้	
		3	ใช้ในปริมาณมากและบ่อย จนถึงขั้นติดสุรา หรือ สารเสพติดนั้น และ มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคน หรือสิ่งของหลังจากการใช้	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
2	ความคิด และการพยายามทำร้ายตนเอง	0	ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง	หมายเหตุ : หากข้อนี้ ประเมินได้ คะแนน 1 - 4 โปรดดูการแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง
		1	มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าตายไปคงจะดีกว่า	
		2	ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง เช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พูดสั่งลา เขียนจดหมายหรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น	
		3	ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวด หรือ กินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณมาก	
		4	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจ ที่จะทำให้ตาย โดยใช้วิธีการรุนแรงซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ใช้ปืนยิง ราดน้ำมันจุดไฟเผา ใช้ไฟฟ้าช็อต แขวนคอ ใช้ของมีคมแทง วิ่งให้รถชน กระโดดจากที่สูง	
3	การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น	0	ไม่มี	
		1	แสดงออกถึงการพูดด่าทอด้วยคำรุนแรง ตะโกน แผดเสียง พูดจาถากถาง คาดโทษ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ	
		2	แสดงกิริยาท่าทางที่กำลังจะจู่โจม ทำร้ายผู้อื่นร่วมกับมีอารมณ์โกรธ เช่น กระทืบเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้หน้า ตาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่นแต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น	
		3	มีการแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง (ทั้งข้อ 1และ 2)	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
4	การแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรม ที่หวาดระแวงว่าผู้อื่น จะมาทำร้าย ไม่เป็นมิตร	0	ไม่มี	
		1	ไม่แน่ใจ เนื่องจากการแสดงออกไม่ชัดเจน แต่ญาติหรือผู้ประเมินสงสัยว่า ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว	
		2	มีอาการหวาดระแวงชัดเจน ทั้งทางคำพูดและพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงมือกระทำรุนแรง เช่น พกอาวุธ หันมองซ้ายขวา ระวังตัวอย่างมาก เป็นต้น	
		3	ต่อสู้หรือจู่โจมเป้าหมายที่หวาดระแวง	
5	พฤติกรรมรุนแรง และการทำร้ายผู้อื่น	0	ไม่มีทั้งพฤติกรรมและความคิด หรือวางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น ถ้าตอบ “ไม่มี” ในข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 6-9	
		1	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายคนอื่น แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นใคร	
		2	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายผู้อื่นหรือมีความคิดอยากจะข่มขืนจะฆ่าผู้อื่น โดยระบุบุคคลใดคนหนึ่งหรือบอกว่าจะเผาที่ใดที่หนึ่ง แต่ยังไม่ลงมือทำ	
		3	ลงมือกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น หรือเผา หรือทำลายสิ่งของ หรือมีพฤติกรรม ถ้ำมอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนเอง ต่อหน้าสาธารณะหรือไม่	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
6	เป้าหมายของการกระทำรุนแรง	1	การกระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียวไม่ได้ทำร้ายผู้อื่น	
		2	กระทำรุนแรงต่อผู้ชาย	
		3	กระทำรุนแรงต่อผู้หญิงหรือเด็ก ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือผู้พิการ	
		4	การกระทำรุนแรงทั้งต่อสิ่งของ และผู้ชาย ผู้หญิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือเด็กที่มากกว่า 1 คนขึ้นไป	
7	ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง	1	ใช้ปากกัด ใช้ศีรษะโขลก หรือกระแทก ใช้มือ ผลัก ตบ ตี ต่อย บีบ ผู้อื่น	***หมายเหตุ** หากประเมินได้ 4 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	2 ใช้เข่า เท้า เตะ ถีบ กระทืบ ผู้อื่น แต่ไม่ได้ใช้อาวุธ	
		3	3 ใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ของมีคม หรือมีการลวนลามทางเพศ เช่น กอด จูบ จับหน้าอก หรือ ของสงวนผู้อื่น แต่ยังไม่ข่มขืน	
		4*	ใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคม หรืออาวุธ เช่น มีด ดาบ ปืน เพื่อทำร้ายผู้อื่น/หรือ ตั้งใจเผา วางเพลิงเพื่อสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคล/หรือมีการข่มขืนกระทำชำผู้อื่น	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
8	ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	1	สิ่งของมีการแตกหัก พัง เสียหาย ใช้การไม่ได้ แต่ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ	***หมายเหตุ** หากประเมินได้ 5 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีรอยฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ปวดตามร่างกาย แต่ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออกมา	
		3	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีแผล มีเลือดออก ต้องรับการรักษาจากสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก หรือแผนกฉุกเฉิน	
		4	มีผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง มีการเสียเลือด หรือแตกหักของอวัยวะในร่างกาย อย่างรุนแรง จนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
		5*	มีผู้เสียชีวิต	
9	การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	1	ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจจากการกระทำของตน เช่น ร้องไห้ ยอมรับผิด แสดงอาการขอโทษ ผู้ได้รับผลจากการกระทำของตน	
		2	ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ชัดเจน ว่าเสียใจหรือโกรธ สีหน้าเฉยเมยไม่สนใจว่ามีผู้ใดหรือสิ่งใดได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตน	
		3	ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจ ผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตนอย่างชัดเจน ไม่รู้สึกผิด ยังมีอารมณ์โกรธ หรือ พูดถึงความรู้สึกสะใจ ที่ได้รับกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น	
รวมคะแนน		ภาพรวมความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น น้อย ปานกลาง สูง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง (ข้อ 2) น้อย ปานกลาง สูง		

การแปรผล

ภาพรวมความเสยี่ งต่อความรุนแรงต่อผู้อนื่ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

● คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

● คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง

● คะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับสูง

การแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมินคำถามเฉพาะข้อ 2 หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥ 1ในข้อนี้ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย

● คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

● คะแนน 2 - 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

● คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนน และเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่นได้ 5 คะแนน จะแปรผลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 9 ด้าน (สำหรับผู้ป่วยโรคจิต)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....ID.....

ชื่อญาติ.....หน่วยงาน.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงฯ ในชุมชน 9 ด้าน	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
1. ด้านอาการทางจิต 1. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้ 2. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน 3. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน หมายเหตุ ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง						
2. ด้านการกินยา 1. สม่ำเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง 2. ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา 3. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ						

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงฯ ในชุมชน 9 ด้าน	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ 1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล 2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว 3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ						
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย						
5. ด้านการประกอบอาชีพ 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย						

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงฯ ในชุมชน 9 ด้าน	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว						
1. ดี คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่						
2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบ การดุด่า ตักเตือน ด่าว่า บางครั้ง						
3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การติเตือน ดูถูก ด่าว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง						
7. ด้านสิ่งแวดล้อม						
1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง						
2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัวอยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว						
3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน						
8. ด้านการสื่อสาร						
1. ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้						
2. ปานกลางคือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว						
3. ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย						
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น						
1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้						
2. ปานกลาง คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้						
3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ จำไม่ได้ ทำไม่ได้						

หมายเหตุ **เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1 – 9**

เดือนที่ 6 หากพบว่า ≤ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน

> 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF

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

คำแนะนำ/การช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้

อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสาหรับญาติและผู้ดูแล

การเกิดอาการกำเริบทางจิต เป็นการแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจะมีอาการเตือนก่อนเสมอ โดยมีปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1. ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยอมรับประทานยา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ
2. ผู้ป่วยเมาสุราหรือใช้สารเสพติด
3. ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ระแวงว่าจะถูกทำร้าย กลัวหรืออาจหลงผิดว่ามีอำนาจ
4. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น
5. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์โกรธรุนแรง อาจเกิดจากถูกขัดใจ คนอื่นพูดผิดหู
6. ผู้ป่วยอาจเลียนแบบทำตามผู้อื่น

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

- เคยก่อพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน
- มีพฤติกรรมก้าวร้าว /มีความขัดแย้งรุนแรงกับคนรอบข้าง เช่น ทะเลาะวิวาท ด่าทอ
- มีอาวุธ

อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง

1. ลักษณะการแสดงออกของผู้ป่วย
   - ด้านคำพูด ได้แก่ พูดหยาบคาย ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธการป่วยจิต
   - ด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง ดื้อไม่ฟังใคร
   - ด้านพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้าเคร่งเครียด ตาขวาง สายตาไม่เป็นมิตร เดินอาดๆ กระทืบเท้า เปิด-ปิดประตูแรง อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย หงุดหงิด มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ซึมเศร้า เก็บตัว เงียบขรึมกว่าปกติ พกพาอาวุธ ทำลายของ

2. การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ไม่สนใจตัวเอง ไม่อาบน้ำ-แปรงฟัน ออกนอกบ้าน กลางคืนไม่นอน

3. อาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ มีอาการหลงผิด หูแว่ว พูดคนเดียว หวาดระแวง

การจัดการเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1. เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ

2. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พูดคุยให้ผู้ป่วยได้ฉุกคิด เตือนสติ

3. อยู่ห่างๆ ชั่วคราว ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

4. หากผู้ป่วยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น อยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 เมตร และให้ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รพสต. อปพร. ตำรวจ เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล มปป.

2. โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ. โรงพยาบาลศรีธัญญา ประจำปี 2555.

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

คำชี้แจง : โปรดเลือกคำตอบที่ตรง/ใกล้เคียงกับความรู้สึกจริงของท่านมากที่สุด (โปรดตอบให้ครบทุกข้อ) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนึกคิด ดังข้อคำถามต่อไปนี้หรือไม่

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่ทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน > 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 8Q = 1 - 8 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด

คะแนน 8Q = 9 - 16 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข์ใจที่เร่งด่วน
3. แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
4. ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้ปรึกษาโรงพยาบาลเครือข่าย

คะแนน 8Q > 17 คะแนน

1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข์ใจที่เร่งด่วน
4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือ ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

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. ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น		
4. ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ		
5. พกพาหรือสะสมอาวุธโดยไม่สมเหตุสมผล		
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

คณะผู้จัดทำ

รายชื่อคณะทำงาน

ที่ปรึกษา

นาวาอากาศตรีนพ.บุญเรือง	ไตรเรืองวรวัฒน์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตนไพบูลย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เชียงใหม่ ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบการดูแล ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.), (สสส.)
นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
แพทย์หญิงจันทกานต์	อยู่เย็น	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ทีมคณะทำงาน

นางหทัยรัฐณ์	วารินทร์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา
นางลูกจันทร์	วิทยถาวรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางสาวพรรณนิภา	แสนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
นางรัชนี	ไพรสวัสดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นางทิพศมัย	ทายะรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง
นางวันทนา	ทิพย์มณเฑียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

นางสาวยุวดี	ทองหนูนุ้ย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
นางศิริภรณ์	ชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นางเพชรรัชต์	มหกิตติ์ไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางสาวเสาวลักษณ์	บุตรชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นางอัมพร	สีลากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นายวิรัช	วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
นายมานพ	ชัยวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
นายนันทยุทธ	หะสิตะเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
นางสาวปุณยนุช	ฝางขันธ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
นางเนตรชนก	รักษาวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางวรรณา	ขวัญเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นางสาวสาวิตรี	สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ทีมบริหารจัดการ

นางกฤษณา	จันทร์ตรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางวีณา	บุญแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายวิศิษย์ศักดิ์	ทวีวัฒนปรีชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางธันยพร	เสรีลัดดานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ
นางสาวอุษา	เขตรเขื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวพนิดา	สีนาเวช	นักวิชาการสาธารณสุข

แนวทาง
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง