# คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

## ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

## ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

### สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ชื่อหนังสือ : **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต**
คณะบรรณาธิการ : นางเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี
นางสาวชิดชนก โอภาสวัฒนา
นางสาวชลลดา จารุศิริชัยกุล
จัดพิมพ์โดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2561
พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2561
จำนวนพิมพ์ : 500 เล่ม
พิมพ์ที่ : บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด

# คำนำ

จากสถานการณ์ที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม พบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

กรมสุขภาพจิตเห็นความสำคัญและได้พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง เกิดระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต การเจ็บป่วย รวมถึงได้นำการจัดการรายกรณี (Case Management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway/Care Map) กำหนดเป้าหมาย กิจกรรม ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิด เน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ และมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ (Relapse) ไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมในชุมชนและสังคมได้

กรมสุขภาพจิต โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/ โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต” นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการจัดบริการดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดคุณภาพและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

**คณะทำงาน**

# สารบัญ


หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ 1

- ความเป็นมาและความสำคัญ 1
- คำจำกัดความ 2
- ความชุก 2
- ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 4
- เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 4
- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 4
- เครื่องมือ/อุปกรณ์ : แบบประเมิน/แบบติดตาม/แบบรายงาน 6

บทที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และชุมชน 7

- **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี** 7
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก 7
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน 8
- ระบบการติดตามใกล้ชิด (Close Follow up) 8
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 9
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช 10
- **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี** 11
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี 12

บทที่ 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณี (Case Management) 15

- วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง 15
- องค์ประกอบในการจัดการรายกรณี 16
- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ใช้การจัดการรายกรณี (Case Management) 16
- กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน 17
- กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) 17

# สารบัญ


หน้า

- ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) 18
- บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน 18
- บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน 19
- บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) 21
- บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) 21

**ตัวอย่างการจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** 25

- แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 26
- แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute Phase 27
- แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ระยะ Stabilized and Recovery Phase 57

**เอกสารอ้างอิง** 77

**ภาคผนวก ก** 79

- ใบความรู้ : อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล 80
- คำนิยามของการบริการนิติจิตเวช 81
- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 83
- แนวทางการใช้ Clinical Global Impression (CGI) 84

**ภาคผนวก ข เครื่องมือ/อุปกรณ์** 86

- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 88
- แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 89
- แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression – Severity: CGI-S) 93
- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 94
- แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS) 95
- แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) 96
- แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) 98

# สารบัญ


หน้า

- แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) 100
- แบบประเมินความสามารถ (International Classification of Functioning: ICF) 101
- แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF) 103
- แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance Record Form) 105
- แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย 107

แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี 108

- แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช 108

แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี 109

- แบบบันทึกเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D-METHOD 109
- แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำ 111
- แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กรณีจำหน่ายกลับสู่ชุมชน 112
- แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 113

**ภาคผนวก ค รายนามผู้พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต** 115


# สารบัญตาราง


หน้า

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรค 3

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V 3

# บทที่ 1 บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศในปี 2004 นอกจากนั้นปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน โรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 2.8 หรือ 1.4 ล้านคน สำหรับผู้ป่วยโรคจิตพบว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุดและพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 (Fazel, 2009)

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงดังที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

กรมสุขภาพจิตเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย จึงได้พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดำเนินการตั้งแต่ปี 2558 โดยระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยบริการจิตเวช 13 แห่ง เพื่อเกิดระบบดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในเขตสุขภาพ มีการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงขาดยา ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง และมีฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการ อยู่ในระบบการรักษา ลดการกำเริบซ้ำและไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

## คำจำกัดความ

**Serious Mental Illness** (WHO, 1992) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ได้แก่ Schizophrenia, Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder (ยกเว้นกลุ่มปัญหาพัฒนาการและสารเสพติด) ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวจะต้องส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

**ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2558) หมายถึงผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีภาวะรุนแรง เรื้อรัง โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามเกณฑ์จำแนกดังนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

## ความชุก

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26 – 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 – 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า (National Survey on Drug Use and Health, 2012) และพบว่าร้อยละ 5 –15 ของกลุ่มผู้ป่วย SMI สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ (Joyal, 2010)

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกันยายน 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 9,866 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุด จำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 1,441 ราย (ร้อยละ 14.61) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรค**

| รหัสโรค | ชื่อกลุ่มโรค | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| F00-F09 | ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย | 236 | 2.39 |
| F10-F19 | ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท | 1,441 | 14.61 |
| F20-F29 | โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด | 5,302 | 53.75 |
| F30-F39 | ความผิดปกติทางอารมณ์ | 2,234 | 22.64 |
| F40-F49 | โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม | 267 | 2.71 |
| F50-F59 | กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ | 8 | 0.08 |
| F60-F69 | ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ | 22 | 0.22 |
| F70-F79 | ภาวะปัญญาอ่อน | 105 | 1.06 |
| F80-F89 | ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต | 12 | 0.12 |
| F90-F98 | ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น | 76 | 0.77 |
| โรคอื่นๆ | ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียด | 163 | 1.65 |
| | **รวม** | **9,866** | **100.00** |

เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 4,222 ราย (ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน จำนวน 3,899 ราย (ร้อยละ 39.25) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V**

| ชื่อกลุ่มโรค | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต | 4,222 | 42.50 |
| 2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน | 3,899 | 39.25 |
| 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย | 541 | 5.45 |
| 4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) | 517 | 5.20 |
| **เข้าเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อขึ้นไป | 755 | 7.60 |
| **รวม** | **9,934** | **100.00** |

(*ข้อมูลจากกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ณ เดือนตุลาคม 2557 ถึง กันยายน 2560)

## ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช (Treatment Gap และ Duration of Untreated Illness)
- ธรรมชาติของการกำเริบซ้ำ (Relapse)
- การติดตามการรักษาต่อเนื่อง (Adherence)

## เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Remission) กำเริบซ้ำ (Relapse)
3. ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

## เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กรมสุขภาพจิต (2558) ได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

## รายละเอียดของเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

| 1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต | 2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน | 3. มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง | 4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) |
|---|---|---|---|
| • ยิงตัวเองด้วยปืน<br>• แขวนคอ<br>• ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย<br>• กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู<br>• กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตาย<br>• ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทงเฉือนปาดตัวเอง<br>• ทำให้ตัวเองจมลงในน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้<br>• ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น)<br>• ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง<br>• ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก<br>• ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต<br>• มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น | • ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย<br>• รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ<br>• เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์<br>• จี้ตัวประกัน<br>• ปล้น<br>• พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง<br>• ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน)<br>• อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย<br>• ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์<br>• ลวนลาม จับหน้าอก ก้น หรืออวัยวะเพศผู้อื่น<br>• ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ<br>• บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น | • มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย<br>• หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว | • ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต<br>• พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต<br>• ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น<br>• วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย |

**หมายเหตุ** ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง

## เครื่องมือ/อุปกรณ์*

### แบบประเมินระดับความรุนแรง แบบประเมินอาการผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถ

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)
3. แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression-Severity : CGI-S)
4. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
5. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)
6. แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)
7. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
8. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
9. แบบประเมินความสามารถ (International Classification of Functioning: ICF)
10. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)

### แบบติดตาม/รายงานต่างๆ

1. แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance Record Form)
2. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย
3. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี
   - แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช
4. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี
   - แบบบันทึกเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D-METHOD
   - แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำ
   - แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กรณีจำหน่ายกลับสู่ชุมชน
5. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

**หมายเหตุ** เครื่องมือ/อุปกรณ์* : แบบประเมิน แบบติดตาม แบบรายงานต่างๆ รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก

# บทที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และชุมชน

**การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช มีกระบวนการให้บริการ ดังนี้**

➲ **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี :**

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

➲ **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี**

## การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี

### การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก

1. พยาบาลคัดกรองผู้ป่วย SMI-V เมื่อคัดกรองแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์ SMI-V ในข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึงเป็นผู้ป่วย SMI-V ลงทะเบียนและทำสัญลักษณ์ผู้ป่วย SMI-V ที่เวชระเบียน กรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วย SMI-V ให้ดูแลตามโรคและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
2. พยาบาลประเมินระดับพฤติกรรมความรุนแรงและอาการของผู้ป่วย SMI-V โดยใช้แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินระดับความรุนแรงอื่นๆ
3. แพทย์ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา พิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน CGI-S หรือแบบประเมินอื่นๆ
4. กรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

## การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน

1. พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วย SMI-V ตามเกณฑ์ Case Management ได้แก่ High Cost, High Volume, High Risk กรณีเข้าเกณฑ์เข้าสู่ระบบการดูแลแบบ Case Management

2. กรณีไม่เข้าเกณฑ์ Case Management แพทย์/ ทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลตามโรคและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล

3. ทีมสหวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายบุคคล และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อ/โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

4. ทีมสหวิชาชีพส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

***หมายเหตุ*** *ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 7 วัน และติดตามต่อเนื่อง 1/ 3/ 6/ 9/ 12 เดือน*

## ระบบการติดตามใกล้ชิด (Close Follow up)

เป็นระบบติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดนัดหรือออกจากระบบการรักษา ประกอบด้วย การประสานส่งต่อข้อมูล วางแผนการรักษาด้วยยา การเตรียมความพร้อมญาติ/ ผู้ดูแล และชุมชน ซึ่งระบบติดตามดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทีมสหวิชาชีพตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนในการประสาน และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ที่อยู่ คำยินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา เป็นต้น

2. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการติดตามเยี่ยม

2.1 กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทีมสหวิชาชีพจะติดตามผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มารับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ หากไม่มาตามนัดเกิน 2 สัปดาห์ พยาบาลประสานญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่เพื่อวางแผนติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการตามแผน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน ให้การปรึกษาครอบครัว เป็นต้น

2.2 กรณีติดตามผู้ป่วยได้แต่ไปรักษาที่อื่น ทีมสหวิชาชีพประสานเครือข่ายและวางแผนการติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้กับ รพ.จิตเวชแม่ข่ายและเครือข่ายในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.3 กรณีติดตามผู้ป่วยได้แต่ไม่มารับการรักษา ทีมสหวิชาชีพประสานญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อวางแผนติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการตามแผน ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน ให้การปรึกษาครอบครัว เป็นต้น

2.4 กรณีติดตามผู้ป่วย SMI-V ไม่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ผู้รับผิดชอบการติดตามส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบทะเบียนผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อพิจารณา เช่น จำหน่ายจากทะเบียนผู้ป่วย SMI-V หรือดำเนินการอื่นๆ ตามความเหมาะสม

3. กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบให้ญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่ ดำเนินการส่งต่อตามระบบบริการสุขภาพ โดยจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับรับ/ส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและเครือข่าย

## การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในแต่ละสถาบัน/โรงพยาบาล วางแผนติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน โดยนำข้อมูลผู้ป่วย SMI-V เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติ ที่อยู่ คำยินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา ปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น จากแผนกผู้ป่วยนอก/ใน มาวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ

สำหรับเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้ผู้รับผิดชอบส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. กรณีผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหาความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช มีการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

### 2.1 ขั้นเตรียมการ

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน แจ้งวัตถุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัวและชุมชน
- ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

### 2.2 ขั้นดำเนินการ

- ค้นหา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ
- ประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจากการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

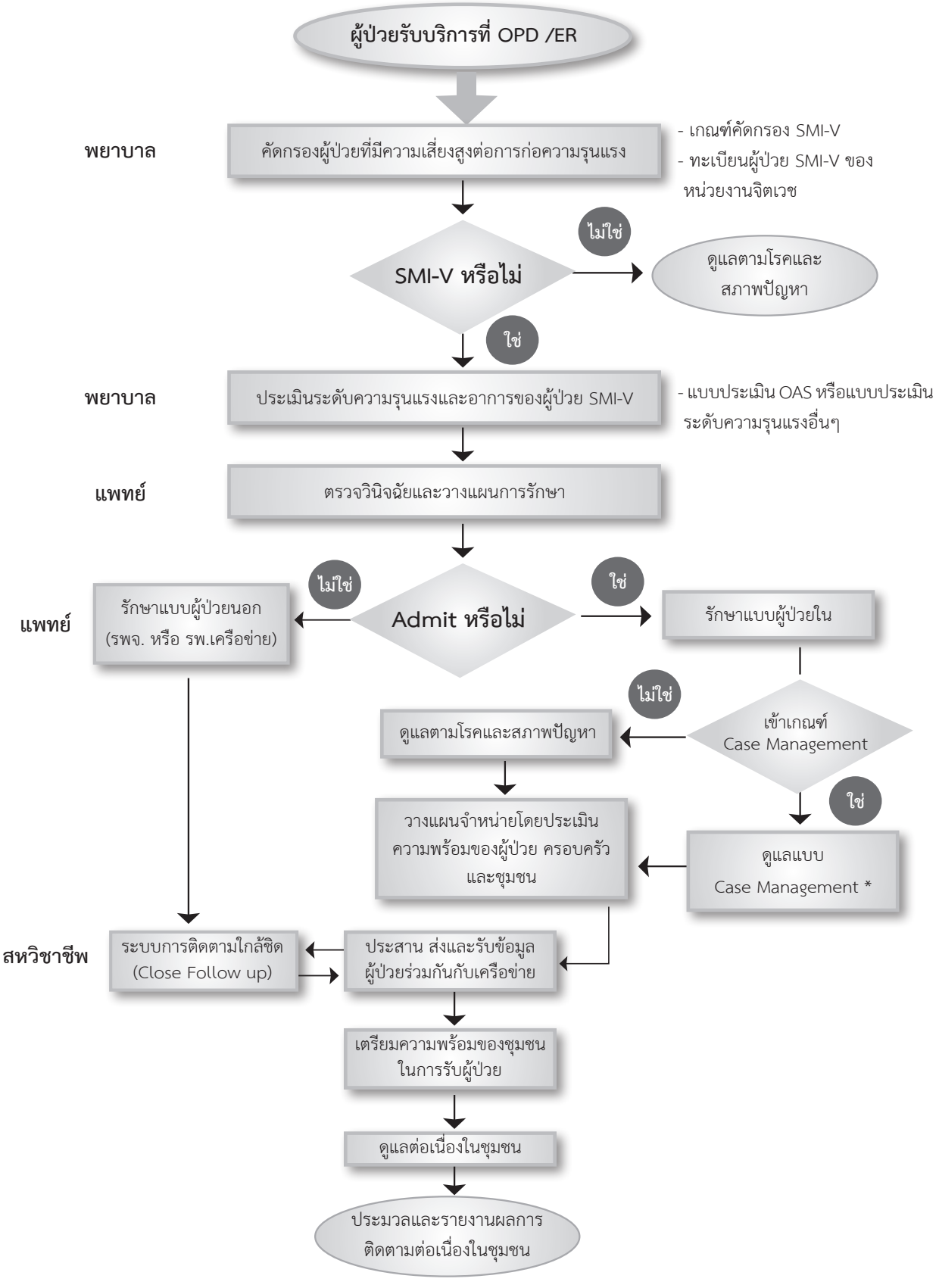
### 2.3 ขั้นสรุปและประเมินผล

- สรุปและประเมินผลการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

3. ดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน สหวิชาชีพประเมินระดับอาการ พฤติกรรมความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบติดตาม เช่น แบบติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช หรือแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน ฯลฯ และเครื่องมือวัดอาการทางจิตและระดับพฤติกรรมความรุนแรง (CGI-S/ OAS/ PVSS) เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำหรือการก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี

4. ประมวลและรายงานผลการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ผู้รับผิดชอบดำเนินการประมวลและวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในแต่ละรายตามระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลส่งผู้รับผิดชอบกรมสุขภาพจิต

**ผังไหลที่ 1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช**



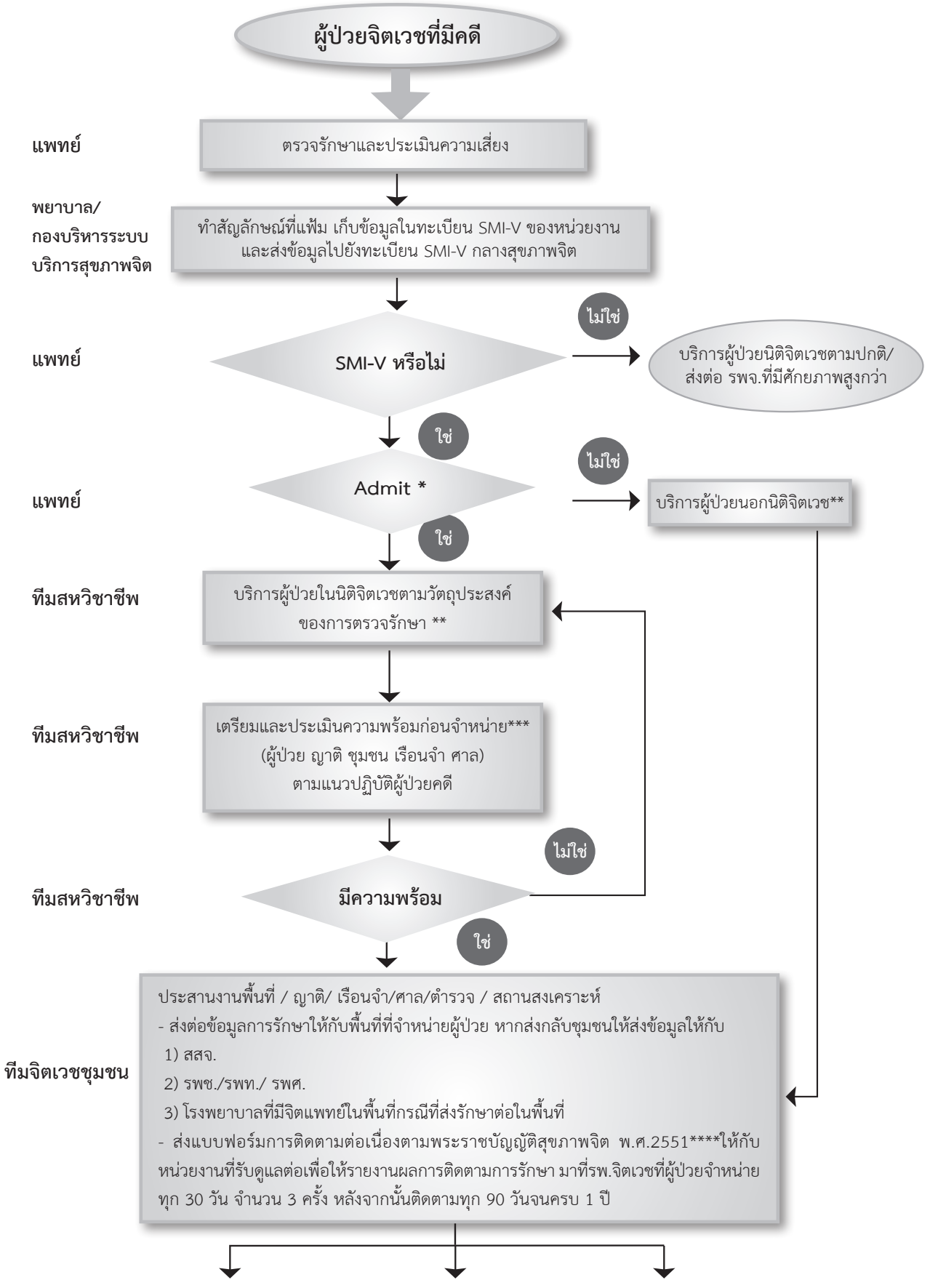

**หมายเหตุ** ดูแลแบบ Case Management* ดูรายละเอียดในบทที่ 3

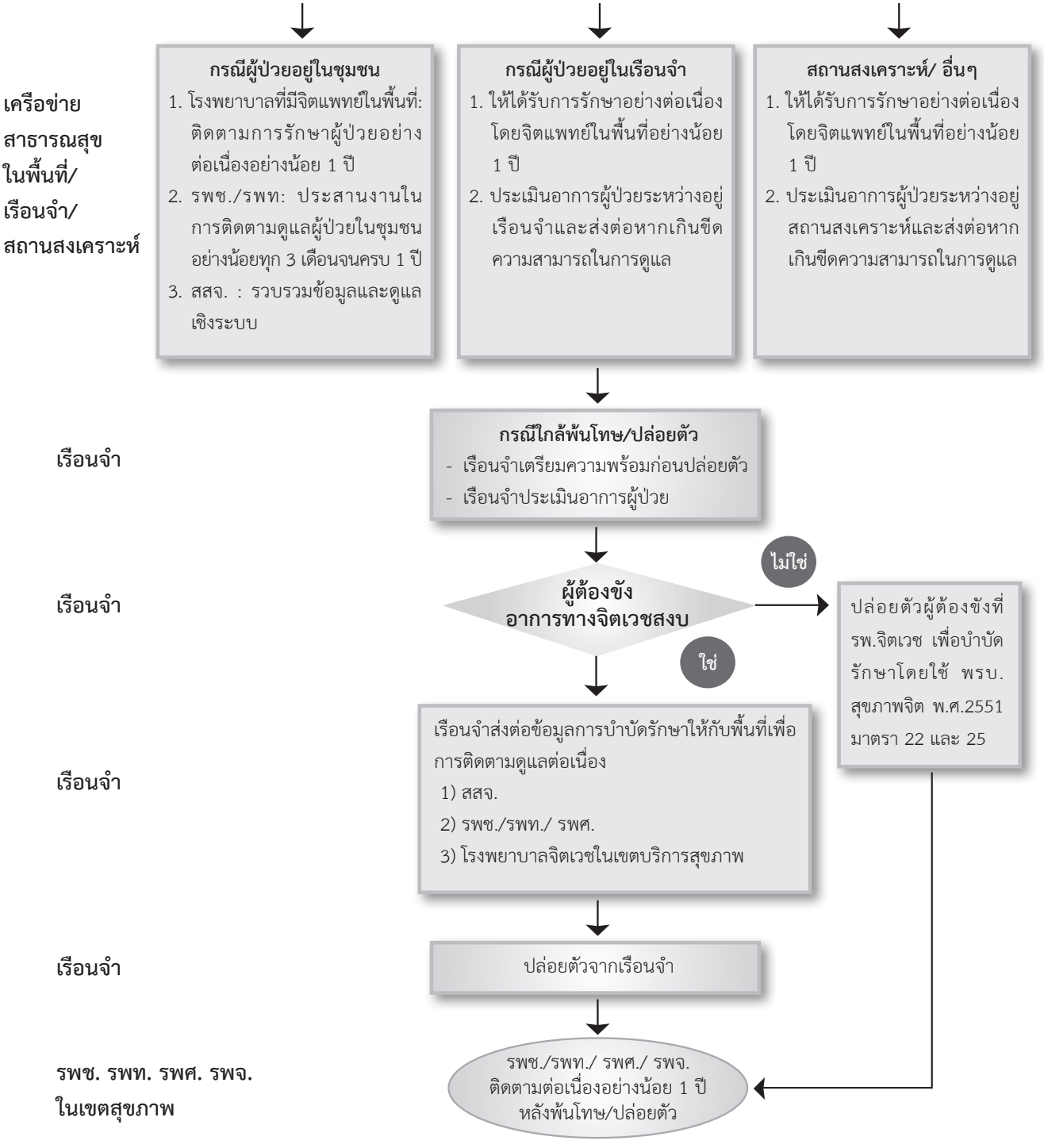
## การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี แพทย์จะให้การตรวจวินิจฉัย รักษาและประเมินความเสี่ยง
2. พยาบาลทำสัญลักษณ์ที่แฟ้มและเก็บข้อมูลในทะเบียน SMI-V ของหน่วยงาน และรวบรวมข้อมูลส่งกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
3. กรณีที่เป็นผู้ป่วย SMI-V แพทย์จะ Admit และให้การดูแลแบบผู้ป่วยนิติจิตเวช
4. ทีมสหวิชาชีพเตรียมและประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน เรือนจำ) ตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยคดี
5. ทีมจิตเวชชุมชนประสานงานพื้นที่/ ญาติ/ เรือนจำ/ศาล/ตำรวจ/ สถานสงเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลการรักษารวมทั้งแบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้กับหน่วยงานที่รับดูแลต่อเพื่อให้รายงานผลการติดตามการรักษามาที่ รพ.จิตเวช ที่ผู้ป่วยจำหน่าย ทุก 30 วัน จำนวน 3 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามทุก 90 วันจนครบ 1 ปี ให้กับพื้นที่ที่จำหน่ายผู้ป่วยหากส่งกลับชุมชน
6. กรณีผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
   - โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ในพื้นที่: ติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
   - รพช./รพท. : ประสานงานในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน อย่างน้อยทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี
   - สสจ. : รวบรวมข้อมูลและดูแลเชิงระบบ
7. กรณีผู้ป่วยอยู่ในเรือนจำ
   - ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจิตแพทย์ในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี
   - ประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างอยู่เรือนจำและส่งต่อหากเกินขีดความสามารถในการดูแล
8. กรณีใกล้พ้นโทษ/ปล่อยตัว
   - เรือนจำเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว
   - เรือนจำประเมินอาการผู้ป่วย
9. สถานสงเคราะห์/ อื่นๆ
   - ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยจิตแพทย์ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
   - ประเมินอาการผู้ป่วย
   - ระหว่างอยู่สถานสงเคราะห์และส่งต่อหากเกินขีดความสามารถในการดูแล
10. เรือนจำส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาให้กับพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง
    1) สสจ.
    2) รพช./รพท./รพศ.
    3) โรงพยาบาลจิตเวชในเขตบริการสุขภาพ
11. ปล่อยตัวจากเรือนจำ
12. โรงพยาบาลจิตเวช ติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี หลังพ้นโทษ/ปล่อยตัว

**หมายเหตุ** ผู้ป่วยมีคดี ให้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยคดี มาตรา 14 48 56 ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สามารถดูรายละเอียดได้ที่ http://www.galya.go.th

## ผังไหลที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี




เครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่/เรือนจำ/สถานสงเคราะห์
กรณีผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
1. โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ในพื้นที่: ติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
2. รพช./รพท: ประสานงานในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างน้อยทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี
3. สสจ. : รวบรวมข้อมูลและดูแลเชิงระบบ
กรณีผู้ป่วยอยู่ในเรือนจำ
1. ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยจิตแพทย์ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
2. ประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างอยู่เรือนจำและส่งต่อหากเกินขีดความสามารถในการดูแล
สถานสงเคราะห์/ อื่นๆ
1. ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยจิตแพทย์ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
2. ประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างอยู่สถานสงเคราะห์และส่งต่อหากเกินขีดความสามารถในการดูแล
เรือนจำ
กรณีใกล้พ้นโทษ/ปล่อยตัว
- เรือนจำเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว
- เรือนจำประเมินอาการผู้ป่วย
เรือนจำ
ผู้ต้องขัง อาการทางจิตเวชสงบ
ไม่ใช่
ปล่อยตัวผู้ต้องขังที่ รพ.จิตเวช เพื่อบำบัดรักษาโดยใช้ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มาตรา 22 และ 25
ใช่
เรือนจำ
เรือนจำส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาให้กับพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง
1) สสจ.
2) รพช./รพท./ รพศ.
3) โรงพยาบาลจิตเวชในเขตบริการสุขภาพ
เรือนจำ
ปล่อยตัวจากเรือนจำ
รพช. รพท. รพศ. รพจ. ในเขตสุขภาพ
รพช./รพท./ รพศ./ รพจ. ติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี หลังพ้นโทษ/ปล่อยตัว

**หมายเหตุ**

* การพิจารณา Admit แล้วแต่อาการและความรุนแรงของโรค รวมถึงภาวะอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ยกเว้นการส่งตามกฎหมายอาญามาตรา 48 ต้อง Admit ทุกราย

** บริการผู้ป่วยนอกนิติจิตเวชและบริการผู้ป่วยในนิติจิตเวช ให้ปฏิบัติตามผังไหลการบริการโดยแบ่งตามประเด็นด้านกฎหมาย ดังนี้

- ผังไหลการบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 และผังไหลการบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 (การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก/ใน) ตามแนวทางการบริการผู้ป่วยนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 14 สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามกฎหมายอาญามาตรา 48 ตามแนวทางการบริการผู้รับบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 (มาตราเพื่อความปลอดภัย) สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามกฎหมายอาญามาตรา 56 ตามแนวทางการบริการผู้รับบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา

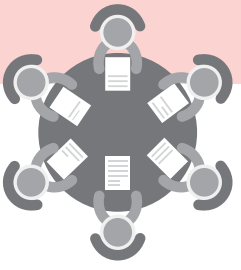
*** ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน เรือนจำ) โดยแบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D-METHOD

**** แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

- ตามแบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับชุมชน หรือ แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ส่งตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 และ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56

**หมายเหตุ** แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยคดีมาตรา 14 48 56 สามารถดูรายละเอียดได้ที่ http://www.galya.go.th

# บทที่ 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการจัดการรายกรณี (Case Management)



จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดที่ก่อความรุนแรงเนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงยุ่งยาก ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้มข้น มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น **การจัดการรายกรณี (Case Management)** สามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีความต้องการการดูแลและแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนจากทีมสหวิชาชีพ โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway/Care Map) กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิด เน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ และมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ซึ่งเป็นผู้ดูแล ติดต่อประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้การจัดการรายกรณี (Case Management) ในระยะเริ่มต้น สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสามารถใช้การจัดการรายกรณีที่แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งมีความพร้อมสามารถใช้การจัดการรายกรณีในชุมชนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ/ความพร้อมจากหลายภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่

## วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Remission) กำเริบซ้ำ (Relapse) หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
3. เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียเวลา แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้หรือเร็วขึ้น

## องค์ประกอบในการจัดการรายกรณี

### 1. ระบบการดูแลต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่ชุมชน

1.1 ระบบการจัดการรายกรณี (Case Management)

1.2 ระบบวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

1.3 ระบบส่งต่อ (Referral System)

### 2. เครื่องมือ/อุปกรณ์

2.1 แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)/ แผนการรักษา (Care Map) ผู้ป่วย SMI-V ระยะ Acute Phase, Stabilized Phase, และ Recovery Phase

2.2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (Variance Record Form)

2.3 แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย

### 3. แบบประเมินผู้ป่วย (Screening) และแบบวัดผลลัพธ์การดูแล

3.1 แบบประเมินอาการทางจิต : BPRS, HoNOS, PANSS, CGI-S

3.2 แบบประเมินระดับความรุนแรง : OAS, PVSS

3.3 แบบประเมินความสามารถ : ICF

3.4 แบบประเมินความสามารถโดยรวม : GAF

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงที่ใช้การจัดการรายกรณี (Case Management)

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน
2. ผู้ป่วย SMI-V ที่ admit เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
3. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหาสังคมจิตใจ ยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น
   - ไม่มีผู้ดูแล /เร่ร่อน
   - มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช/พิการมากกว่า 2 คน
   - ครอบครัว/ชุมชน ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
   - ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Emotional Expression)
4. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา (Medication non Adherence)
5. มีการใช้ Alcohol/ Substance Misuse
6. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยพฤติกรรม/ความคิดทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น

**ทั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกใช้การจัดการรายกรณี (Case Management) สามารถปรับได้ตามเงื่อนไขความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล*

## กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน

**1. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** ประจำหอผู้ป่วยจะประสานทีมสหวิชาชีพมาประเมินผู้ป่วยและครอบครัวภายใน 1 – 2 สัปดาห์ นำเสนอการประชุม Case Conference เพื่อวางแผนให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ผู้ป่วยร่วมกันตามแผนการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Clinical Pathway) และปรับแผนการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละช่วงเวลาตาม Clinical Staging ที่ทีมได้วางแผนไว้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่วางไว้

**3. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** จะเป็นผู้ที่ควบคุมกำกับ (Monitor) และบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจครอบคลุมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่องและจัดประชุมทีมสหวิชาชีพตาม Clinical Pathway นอกจากนั้นจะต้องติดตามเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ (Clinical Staging) ทุกวันและทุกเวร หากไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) จะทำการประเมินค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือญาติและบันทึกในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (Variance Form) หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ระบุใน Clinical Pathway จะประสานทีมสหวิชาชีพในการประชุมเพื่อจัดการกับปัญหาความแปรปรวนร่วมกัน

**4. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** จัดประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยและดำเนินการแจ้งญาติเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบพร้อมที่จะกลับบ้าน

**5. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** จะสรุปผลการดูแล ฟื้นฟูฯและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน ลงในแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ เพื่อส่งต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายผ่านงานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย โดยส่งต่อข้อมูลดังกล่าวตามแนวทางการปฏิบัติของระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเครือข่าย และจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพด้วยระบบ Case Manegement และติดตามร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่

## กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

**1. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** ในชุมชน ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายร่วมกับทีมผู้ป่วยใน และพิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) ในการส่งต่อติดตามการดูแลและประเมินบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในชุมชนจากแบบฟอร์มการตอบรับผู้ป่วยจิตเวชหรือโปรแกรมการส่งต่อหรือ Line Application, Email โดยประสานเครือข่ายส่งข้อมูลย้อนกลับมายังผู้รับผิดชอบ (งานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย/หน่วยงานที่รับผิดชอบ) ตามระยะเวลาที่กำหนด

**2. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** จะเป็นผู้ควบคุมกำกับ (Monitor) ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง (Follow up) ทั้งในโรงพยาบาลและในเครือข่ายหรือชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจครอบคลุมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบฟอร์มทะเบียนการส่งต่อหรือโปรแกรมการส่งต่อ (Line Application, Email) เพื่อติดตามการดูแลรักษาของผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่อง

**3. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** นัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการกับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ในกรณีที่ผู้ป่วย/ญาติ มีปัญหาทางสังคมจิตใจยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)/ทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดทางสังคมจิตใจและการฟื้นฟูเพื่อแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต

**5. ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประชุมประเมินผลและสรุปผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งพิจารณายุติการใช้การจัดการรายกรณี

## ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

**ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)** เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเริ่มจากการพิจารณาว่าผู้ป่วยสมควรใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยใน จัดประชุมสหวิชาชีพ นำเสนอการประชุม Case Conference เพื่อวางแผนการดูแลและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

**ผู้จัดการรายกรณี** แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้จัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน 2) ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นบุคลากรคนเดียวกันได้ขึ้นอยู่กับบริบทของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชแต่ละแห่ง

## คุณสมบัติของผู้จัดการรายกรณี

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพอื่นที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี
2. เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิต หรือ ป.โท สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

## บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน

1. เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี โดยประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากแบบฟอร์มต่างๆ เช่น OPD card แบบฟอร์มซักประวัติและการตรวจสภาพจิต
2. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวันหรือสัปดาห์
3. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาล เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

4. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วย วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย รวมทั้งการประสานงานกับผู้จัดการรายกรณีในชุมชน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

5. จัดประชุมและเป็นผู้นำในการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานในการประชุมปรึกษาเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเหมาะสม จัดการประชุมทีมสหวิชาชีพทุกครั้งที่มีปัญหาในการดูแลเกิดขึ้นซึ่งทำให้ผลลัพธ์การดูแลเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่กำหนดไว้

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรในทีมมีความเข้าใจตรงกัน มีความพร้อมและมีศักยภาพที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงานให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

7. จัดทำบันทึกรวบรวมสถิติและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการบริการและการศึกษาวิจัยต่อไป

## บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน

**1) จิตแพทย์** มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัย ค้นหาปัญหา กำหนดการบำบัดรักษา ติดตามประเมินผลการรักษา ร่วมวางแผนฟื้นฟูและจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โดยมีแนวปฏิบัติและแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Clinical Pathway) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

**2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย** เป็นผู้ให้บริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมิน และบันทึกความเปลี่ยนแปลง หรือความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น และตรวจสอบหาสาเหตุที่เกิดขึ้นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ประเมินและจำแนกผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการรักษาพยาบาล โดยการสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การคัดกรองการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การปฏิบัติตาม Clinical Pathway และแผนการดูแลเฉพาะราย การประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การช่วยเหลือและการบำบัดทางจิตการสอน การให้คำปรึกษา โดยใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psychosocial) และชีววิทยา (Biophysical Sciences)

**3) นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา** มีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก การปรับพฤติกรรม การทำจิตบำบัดรายบุคคล ทำกลุ่มจิตบำบัด และให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล

**4) นักสังคมสงเคราะห์** มีหน้าที่ช่วยเหลือในด้านปัญหาทางสังคมและจิตใจของผู้รับบริการ โดยประเมินสภาพครอบครัว สังคม และความต้องการทางด้านสังคมและจิตใจของผู้ป่วย เป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ตลอดถึงการค้นหาแหล่งทรัพยากร ประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

**5) นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด** มีหน้าที่ 2 ระยะ

**ระยะที่ 1** ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง การฟื้นฟูระยะนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม โดยการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการทำงานเบื้องต้น วิเคราะห์/สังเคราะห์ และเลือกใช้กิจกรรมรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อาจเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่ายๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้นๆ เช่น การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบำบัดอาการ/พฤติกรรม และส่งเสริมสมรรถภาพจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็งที่จะจัดการกับปัญหาได้

**ระยะที่ 2** เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่บ้าน มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ฝึกอุปนิสัยพื้นฐานในการทำงาน พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ บุคลากรต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับอาชีพใดเพื่อให้ทดลองทำงานในสาขาที่ถนัด เช่น งานช่าง งานฝีมือ งานเกษตร เป็นต้น

**6) เภสัชกร** มีบทบาทและหน้าที่ระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 ด้าน Dispensing Inventory คือ การเตรียม การจัดหา การบริหารยาและเวชภัณฑ์ การจัดและจ่ายยาระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และทันเวลา ตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์

1.2 ด้าน Counseling คือ การให้ข้อมูล คำปรึกษา ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

1.3 การประเมินผลจากการใช้ยากรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

1.4 การติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่มี Therapeutic Index แคบ ๆ มีโอกาสที่จะเกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา การติดตามระดับยา การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (DUE) ในบัญชียาแห่งชาติประเภท ง.

1.5 วางแผนการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ภูมิลำเนา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

**7) นักโภชนาการ** เป็นผู้วางแผนการจัดอาหารและบริการอาหารให้กับผู้ป่วย ตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด เสริมการรักษาของแพทย์เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ติดตาม ประเมินผลการบริการ ให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

## บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

1. เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายร่วมกับแผนกผู้ป่วยใน

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้

3. ร่วมในการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ให้มีความเหมาะสมก่อนส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

4. พิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) ในการติดตามการดูแลประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5. ประสานและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง ติดตามดูแลผู้ป่วย และประเมินผลร่วมกับเครือข่ายทุก 1, 3 เดือนหรือจนกว่าเครือข่ายสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีแล้ว

7. ร่วมกับทีมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยแก่เครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและร่วมสร้างทัศนคติ

8. จัดประชุมเพื่อเสนอความคิดเห็นแก่ทีมสหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

9. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย

10. นิเทศงานผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ (ในกรณีที่ขอคำปรึกษา)

11. จัดทำบันทึกข้อมูลสถิติเพื่อพัฒนาปรับปรุงการบริการ และการศึกษาวิจัยต่อไป

## บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

### 1. จิตแพทย์

1.1 กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤติ มีบทบาทดังนี้

(1) วางแผนการดำเนินงานก่อนออกปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดแผนการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

(2) ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดตามบทบาทของจิตแพทย์

(3) เป็นที่ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในพื้นที่แก่ทีมผู้ปฏิบัติงาน

(4) ติดตามผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดจนพิจารณายุติการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน โดยส่งต่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ดูแลต่อไป

1.2 กรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

(1) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพจิตในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาหรือแนวทางการรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

(2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ในการให้การบำบัดรักษา

(3) ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชน

**2. พยาบาล** มีบทบาทสำคัญในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ดังนี้

2.1 ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยมตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2.2 ออกติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.3 ให้การปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่อง

(1) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง

(2) การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

(3) การแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) สิทธิบัตรต่าง ๆ และการติดต่อรับบริการ

(5) การดูแลญาติแบบองค์รวม

2.4 ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม

2.5 จัดทำเอกสารรายงานผลการติดตามเยี่ยม

**3. นักสังคมสงเคราะห์** เป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 ร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน พร้อมทั้งกำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

1.2 ศึกษาประวัติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย OPD card และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์

1.3 ร่วมประสานงานแหล่งทรัพยากรในชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่จะดำเนินการติดตามเยี่ยม และเตรียมความพร้อมในเรื่องของการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยและผู้นำชุมชนในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

2.1 ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 ร่วมประสานกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวในชุมชน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ

2.4 ร่วมประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น วัด โรงเรียน องค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

### ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล

3.1 วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) พร้อมทั้งร่วมกำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยมในกรณีต้องติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3.3 ประเมินปัญหาทางสังคมและความสามารถในการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อประกอบการพิจารณาร่วมยุติการติดตามเยี่ยมกับผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

3.4 ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

### 4. นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา

4.1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือและกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิก

(1) ค้นคว้าข้อมูลของผู้ป่วย

(2) สัมภาษณ์ญาติ

4.2 วางแผนแก้ไขปัญหา

(1) ดำเนินการตามกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิก

4.3 ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

(1) ปฏิบัติตามกิจกรรมในแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในข้อ 4.2

4.4 ประเมินผลการดำเนินงาน

(1) เก็บรวบรวมข้อมูล

(2) วิเคราะห์ข้อมูล

(3) เขียนรายงาน

**5. เภสัชกร**

5.1 ด้าน Dispensing เป็นผู้ประสานงานในการกำหนดทางเลือก เพื่อรับบริการตรวจรักษาให้มีความเหมาะสม สะดวกและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นำไปสู่การได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาพยาบาล

5.2 ด้าน Consultation คือ การให้ข้อมูลคำปรึกษา ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพของหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ นำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างอยู่ในชุมชน ภูมิลำเนาให้สามารถบริหารยาได้ถูกต้อง

5.3 ให้ข้อมูล คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรงกรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

5.4 ด้าน Drug Monitoring คือ การติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาล

5.5 วางแผน นิเทศ ติดตามงานด้านเภสัชกรรมหน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขหรือดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

5.6 วางแผน ติดตามและประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยน หรือปรับขนาดความแรงของยาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

**6. นักโภชนาการ** เป็นผู้วางแผนเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ที่พักฟื้น หรือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือโรคอ้วน เป็นต้น และร่วมเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาแผนการจัดอาหารและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารโดยตรงแก่ผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการเพื่อให้คำแนะนำด้านการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

**7. นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด** ศึกษาข้อมูลเตรียมชุมชน วางแผน ประสานองค์กรในชุมชนเพื่อหาแนวทางการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ติดตามให้ความรู้คำแนะนำแก่ญาติและบุคลากรในชุมชนนั้นๆ ในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย การดูแลในการดำรงชีวิตในชุมชนเหมาะสมหรือไม่ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเวช

## ตัวอย่างการจัดการรายกรณี :
## ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17) ซึ่งทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจทำร้ายตนเองผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ฯลฯ

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้ระบบ Case Management และระบบส่งต่อให้กับเครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (Collaborative Team) ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) ที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมในการใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลครอบคลุมและต่อเนื่องแบบองค์รวมตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลแต่ละราย โดยมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานดังนี้

**เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** ใน 3 ระยะมีดังนี้

1. **Acute Phase** (45 วัน) ประกอบด้วย 3 ระยะ ตามเป้าหมายดังนี้

*1.1 Initial Phase (1 – 14 วัน)*

1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง หลังได้รับการรักษาภายใน 14 วัน (BPRS≤ 36, CGI-S≤4)
2) ผู้ป่วยมีอาการภาวะถอนพิษสุราและสารเสพติดลดลง เช่น MINDS/ไม่เกิดอันตรายจากการถอนพิษ
3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน
4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือภาวะแทรกซ้อน

*1.2 Interim Phase (15 – 28 วัน)*

1) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูตามสมรรถภาพตามความพร่อง
2) ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก

*1.3 Pre-Discharge Phase (29 – 45 วัน)*

1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบก่อนจำหน่าย (BPRS≤ 36, CGI-S≤3)
2) ผู้ป่วยมีความสามารถโดยรวมก่อนจำหน่าย โดยมีคะแนน GAF ≥ 71
3) ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก
4) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความพร่องมีคะแนน ICF ลดลง
5) ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกมีภาระการดูแลลดลงพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

2. Stabilized Phase (หลังจำหน่าย – 6 เดือน)
   1) ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด/ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
   2) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน
   3) ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (Remission) ภายใน 180 วัน
   4) ผู้ป่วยมีค่าความสามารถโดยรวม มีคะแนน GAF ≥ 71
3. Recovery Phase (หลัง 6 เดือน – 1 ปี)
   1) ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี/ ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
   2) ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี
   3) ผู้ป่วยมีค่าความสามารถโดยรวมมีคะแนน GAF ≥ 71
   4) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นไป

## แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway)
## สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

เป็นเอกสารเพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของบุคลากรในทีมตามช่วงเวลาต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน เป็นแผนการปฏิบัติที่ประสานเป้าหมายของการดูแลตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยความเห็นชอบร่วมกันของสหวิชาชีพจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลร่วมกันและมีแนวทางในการให้บริการ โดยมีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ชื่อโรค หรือกลุ่มอาการ การวินิจฉัย และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย
2. การวินิจฉัย (Diagnosis)/ปัญหาร่วม (Collaborative Problems) แสดงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
3. แผนการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

   ระยะที่ 1 Acute Phase (45 วัน)
   - Initial Phase (1-14 วัน)
   - Interim Phase (15-28 วัน)
   - Pre – Discharge Phase (29-45 วัน)

   ระยะที่ 2 Stabilized Phase (หลังจำหน่าย – 6 เดือน)

   ระยะที่ 3 Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)
4. เกณฑ์การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเกณฑ์การจำหน่ายออกจาก Case Management

# แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute Phase (Clinical Pathway for Schizophrenia with Substance and SMI-V in Hospital: Acute Phase)

**ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17) ซึ่งทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม

**การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute Phase** แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

*Acute Phase (45 วัน)* ได้แก่

1. Initial Phase (1 – 14 วัน): การดูแลในระยะเริ่มแรก หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดที่รุนแรง เช่น สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง ชัก โคม่า ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

2. Interim Phase (15 – 28 วัน): การดูแลในระยะกลาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้อาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำ

3. Pre-Discharge Phase (29 – 45 วัน): การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย หมายถึง การดูแลในระยะฟื้นฟูและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย SMI-V ที่ใช้ Clinical Pathway

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17)
2. ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน
3. ผู้ป่วย Admit เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
4. ผู้ป่วยมีปัญหาสังคมจิตใจ ยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น
   - ไม่มีผู้ดูแล /เร่ร่อน
   - มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช/พิการมากกว่า 2 คน
   - ครอบครัว/ชุมชน ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
   - ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Emotional Expression)
5. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา (Medication non Adherence)
6. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยพฤติกรรม/ความคิดทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น

**ทั้งนี้เกณฑ์การคัดเลือกใช้การจัดการรายกรณี (Case Management) สามารถปรับได้ตามเงื่อนไขความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล*

## เกณฑ์การจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ : แบบประเมิน เช่น BPRS, HoNOS, PANSS, CGI-S)
2. ครอบครัว/ชุมชน มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute Phase สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้ปฏิบัติหมายเลข 1 = แพทย์ (MD) 2 = พยาบาลวิชาชีพ (RN) 3 = เภสัชกร (PHA) 4 = นักจิตวิทยาคลินิก (PSY)
5 = นักสังคมสงเคราะห์ (SW) 6 = นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด (OT) 7= โภชนากร (NUT)
8 = พยาบาลจิตเวชชุมชน (Psychiatric Community Nurse: PCN) 9 = ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล (Hospital Case Manager: HCM)

| | |
|---|---|
| สถาบัน/โรงพยาบาล.....<br>กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข | HN.....AN.....WARD.....<br>ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี Diagnosis.....<br>Admit Date.....Discharge Date.....ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล.....วัน<br>ค่าใช้จ่าย.....บาท |
| แพทย์เจ้าของไข้..... | ผู้บันทึก..... |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| ปัญหา | 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน<br>2. มีการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง<br>3. มีปัญหาในการจัดการอาการ อารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง<br>4. มีอาการจากภาวะถอนพิษจากสารเสพติด<br>5. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<br>6. มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น | 1. มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและพฤติกรรมแปลกประหลาดไม่เหมาะสม<br>2. มีกลุ่มอาการทางลบ เช่น บกพร่องในการแสดงอารมณ์ เก็บตัว ฯลฯ<br>3. ภาวะซึมเศร้า เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย มีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกไร้ค่า และความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ<br>4. วิตกกังวลเรื่องของตนเอง และครอบครัว | 1. ความมีคุณค่าในตัวเองหรือความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ<br>2. การจัดการกับปัญหา ความเครียดหรืออารมณ์ไม่เหมาะสม<br>3. เสี่ยงต่อการหลบหนี<br>4. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา<br>5. เสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสังคมจิตใจ (ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน) เช่น |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | 7. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือปฏิกิริยาระหว่างกันของยา<br>8. มีปัญหาด้านสิทธิการรักษา<br>9. มีปัญหาด้านกฎหมาย<br>10. มีปัญหาทางสังคมจิตใจ เช่น<br>- ชุมชนไม่ยอมรับ<br>- ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ ผู้ดูแลสูงอายุ/ มีปัญหาความพิการในบ้านหลายคน<br>- ไม่มีผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยมาตาม พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551)<br>- ญาติขาดความรู้ /ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย<br>- มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว<br>- ญาติเบื่อหน่าย และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง<br>- ผู้ป่วยขาดทักษะในการประกอบอาชีพ/ไม่มีอาชีพ | 5. ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการเลิกสารเสพติด<br>6. ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง<br>7. มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น<br>8. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<br>9. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือปฏิกิริยาระหว่างกันของยา<br>10. เสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสังคมจิตใจ (ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน) เช่น<br>- ชุมชนไม่ยอมรับ<br>- ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ ผู้ดูแลสูงอายุ/ มีปัญหาความพิการในบ้านหลายคน<br>- ญาติขาดความรู้ /ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย<br>- มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว<br>- ญาติเบื่อหน่าย และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง<br>- ผู้ป่วยขาดทักษะในการประกอบอาชีพ/ไม่มีอาชีพ | - ชุมชนไม่ยอมรับ<br>- ยังมีปัญหาด้านทักษะในการประกอบอาชีพ<br>- ติดต่อญาติไม่ได้หรือญาติไม่มาตามนัด<br>- ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง |
| Expected Outcomes | **ผู้ป่วย**<br>- อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS ≤ 36, CGI-S ≤4<br>- ภาวะถอนพิษสุราลดลงโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น AWS = 0, MINDS < 10 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | **ผู้ป่วย**<br>- อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS ≤ 36, CGI-S≤3<br>- ปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน<br>- ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา | **ผู้ป่วย**<br>- อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS ≤ 36, CGI-S≤3<br>- ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ<br>- ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | - ปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน<br>- ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ<br>- ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย<br>- ได้การรักษาตามแผนการรักษา<br>- ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา<br>- ได้รับการรักษาตามสิทธิ พรบ.สุขภาพจิต<br>- ได้รับการประเมิน และวางแผนการบำบัดตามสภาพปัญหาที่แท้จริง<br>- มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น<br>- เข้าใจการเจ็บป่วย และร่วมมือรักษาในโรงพยาบาล | - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เกิดจากการใช้สารเสพติด อาการ การบำบัดโรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยาเสพติด ผลกระทบ ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ<br>- ได้รับการวางแผนและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น Cognitive Training, ICOD-R, Satir, CBT, MET<br>- มีการรับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและแสดงออกได้อย่างเหมาะสม<br>- มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น<br>- คงความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการประกอบกิจกรรม | - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และสามารถบอกวิธีการที่จะขอความช่วยเหลือได้<br>- สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียดที่เหมาะสมได้ดีขึ้น<br>- สามารถรับประทานยาได้เอง/ มีผู้ดูแลการรับประทานยาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด<br>- สามารถทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนและทักษะทางสังคม<br>- ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิภาพทางสังคม<br>- มีทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ<br>- ได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน |
| Expected Outcomes | ญาติ<br>- มีความรู้ ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย<br>- มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย<br>- ดำเนินการทางด้านเอกสารการรักษาแก่ผู้ป่วยได้ภายใน 15 วัน (กรณีผู้ป่วย พรบ. สุขภาพจิต) | ญาติ<br>- มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยและการเจ็บป่วย<br>- มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมการทำงานของผู้ป่วย<br>- มีทักษะในการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย | ญาติ<br>- มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของยา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<br>- มีความรู้ ความเข้าใจและสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | | - มีทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง<br>- มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของยา การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<br>- มีความรู้ ความเข้าใจและสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ<br>- ครอบครัว/ผู้ดูแล /ชุมชน ได้รับการประสานเพื่อทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการ | - ครอบครัว/ผู้ดูแล/ชุมชน มีความพร้อมและสามารถดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ |
| **การประเมิน/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย/สิทธิการรักษา** | ☐ ซักประวัติและตรวจร่างกาย (MD, RN)<br>☐ ประเมินความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (MD,RN)<br>☐ ตรวจสภาพจิต (MD)<br>☐ ให้การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมทางกายและทางจิตอื่นๆ (MD)<br>☐ ประเมินภาวะการขาดสารเสพติดหรือสุรา (MD, RN)<br>☐ ประเมินอาการทางจิต/ พฤติกรรมความรุนแรง (MD,RN)<br>☐ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, Electrolyte, LFT, Urine Substance และ Lab อื่นๆที่จำเป็น (MD, RN) | ☐ ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD, RN)<br>☐ ประเมินอาการทางจิต/ พฤติกรรมความรุนแรง (MD,RN)<br>☐ ประเมินพฤติกรรม /ความสนใจ และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม (RN, OT)<br>☐ ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีที่ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย (PSY)<br>☐ ประเมิน ICF เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯ (MD, OT, SW, RN)<br>☐ ประเมินผลการรักษาด้วยยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย (MD, RN, PHA) | ☐ ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD, RN)<br>☐ ประเมินอาการทางจิต/ พฤติกรรมความรุนแรง (MD, RN)<br>☐ ประเมินสภาพจิตและปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อจิตเวชชุมชน (MD, RN, SW)<br>☐ ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (RN,OT)<br>☐ ประเมินทักษะในการแก้ไขปัญหา (RN, PSY, SW)<br>☐ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้อง/เหมาะสมกับแผนการรักษาพยาบาล (MD, RN,PHA) |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | ☐ ประเมินความบกพร่องและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพในทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิต ทักษะความสนใจ ADL IADL และ Leisure ที่สอดคล้อง (RN, OT) | | |
| Medication/ Treatment | ☐ ให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ (MD)<br>☐ ทบทวนการวินิจฉัย และปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม พิจารณาวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น ECT (MD)<br>☐ ให้การรักษาตามความรุนแรงในกรณีผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง (MD) | ☐ ทบทวนการวินิจฉัย และปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (MD) | ☐ ติดตามประเมินความรุนแรงของอาการทุก 7 วันและปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม หรือวิธีการรักษาอื่นๆ (MD) |
| Intervention | ☐ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด วางแผนการดูแลรายบุคคล (MD, RN)<br>☐ ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)<br>☐ ดูแล ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการอาการถอนพิษสารเสพติดและภาวะ Electrolyte Imbalance ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง (MD, RN) | ☐ ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)<br>☐ ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวเนื่องกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ตามรูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยง (RN) | ☐ ให้การดูแล ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน วางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)<br>☐ ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวเนื่องกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ตามรูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาล (RN) |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | | ☐ ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษา ช่วยเหลือ/นัดพบเพื่อการทำครอบครัวบำบัด (SW)<br>☐ ประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา (SW)<br>☐ วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน (SW, OT) | ☐ ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิต ทักษะความสนใจ ADL, IADL Training และ Leisur ที่สอดคล้อง Work Skill Recreation Motivation Pre Vocation Program (RN, PSY, SW, OT)<br>☐ ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ/นัดพบเพื่อการทำครอบครัวบำบัด (SW)<br>☐ วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน (Job Coach) (SW, OT)<br>☐ ประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา (SW) |
| Patient/ Family Psycho Education | ☐ ให้ข้อมูลเสริมพลัง Psychoeducation เรื่องโรค การดำเนินโรค พยากรณ์โรค การรักษาแก่ญาติ (สหวิชาชีพ) | ☐ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา/การลืมกินยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เหมาะสม (RN, PHA)<br>☐ สอนและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom Management) (RN)<br>☐ สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล/กลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆ (RN, SW) | ☐ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรค การดำเนินโรค ผลกระทบของสารเสพติดต่ออาการทางจิต โรคสมองติดยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ และการติดตามอาการต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว เส้นทางการเลิกยา การรักษา ประโยชน์ในการรับประทานยา ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (RN, PHA, SW) |

| หัวข้อเรื่อง | วันที่ 1 – 14 Initial Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 15 – 28 Interim Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | วันที่ 29 – 45 Pre – Discharge Phase<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|---|
| | | | ☐ สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (RN, SW) |
| Discharge Planning | ☐ ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป (SW)<br>☐ ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT)<br>☐ กรณีไม่มีผู้ดูแล /พรบ. สุขภาพจิต<br>- ตรวจสอบหลักฐานข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้ม<br>- สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาข้อมูลที่จำเป็น<br>- ประสานครอบครัว/เครือข่ายเพื่อดำเนินการเซ็นยินยอมเอกสารของโรงพยาบาล (SW)<br>☐ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง (HCM)<br>☐ จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM, และทีมสหวิชาชีพ) | ☐ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง (HCM)<br>☐ จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM, และทีมสหวิชาชีพ)<br>☐ ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป (RN, SW, HCM, PCN)<br>☐ ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT) | ☐ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง (HCM)<br>☐ จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM,CCM และทีมสหวิชาชีพ)<br>☐ ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ (RN, SW, HCM, PCN)<br>☐ นัดผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์หลังจำหน่าย 1 เดือน (RN)<br>☐ นัดผู้ป่วยมาบำบัดด้านสังคมจิตใจต่อเนื่องจนครบโปรแกรม (RN)<br>☐ ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย (PCN,RN)<br>☐ ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT) |

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล (ระยะ Acute Phase)

ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....HN.....AN.....

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่.....วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ.....วัน

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อรวบรวมข้อมูลและได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม | 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซักประวัติ ตรวจสภาพจิต และตรวจร่างกาย<br>2. ทบทวนการวินิจฉัยโรคและ/หรือโรคร่วมทางกายและทางจิตอื่นๆ<br>3. ประเมินภาวะการขาดสารเสพติดหรือสุรา<br>4. ประเมินระดับอาการ พฤติกรรมรุนแรง<br>5. ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ<br>6. ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ทัศนคติของญาติและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา<br>7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<br>8. สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ Lab ที่จำเป็น | จิตแพทย์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 9. กรณีมีโรคร่วมทางจิตเวชประเมินอาการและให้การรักษาตามประเภทสารเสพติด/ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการถอนพิษสารเสพติดและภาวะ Electrolyte Imbalance ประเมิน/ให้ยาตามโรคหลัก (Specific Treatment)<br>10. ประเมิน/ให้ยาตามอาการ (Symptomatic Treatment)/ให้ยาเพื่อประคับประคอง (Supportive Treatment)<br>11. ประเมินอาการเสี่ยงจากการใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน และตรวจระดับของยาในกระแสเลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงจากยา<br>12. ให้การรักษาอื่นที่จำเป็น เช่น ECT<br>13. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย | | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 1<br>Initial Phase<br>วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินภาวะสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ถูกต้อง<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย | 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซักประวัติ ตรวจสภาพจิตและตรวจร่างกาย<br>2. ประเมินระดับอาการ พฤติกรรมรุนแรง<br>3. ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ<br>4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<br>5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, Electrolyte LFT, Urine Substance และ Lab อื่นๆที่จำเป็น<br>6. ประเมินภาวะอาการถอนพิษสารเสพติดและภาวะ Electrolyte Imbalance ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง ประเมินและให้การดูแลรักษาตามประเภทสารเสพติด<br>7. เฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ | พยาบาลวิชาชีพ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งตรวจระดับของยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน และประเมินความร่วมมือการรักษาด้วยยา<br>9. ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติของญาติเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และให้ psychoeducation แก่ญาติ<br>10. วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจและประเมินความพร่องทักษะด้านต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ<br>11. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย<br>12. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากการใช้ยา<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา | 1. สืบค้นปัญหาจากการใช้ยา (Drug Therapy Problems: DTP)<br>2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแนวทางที่กำหนดไว้<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี<br>4. ให้บริการ Drug Counseling ในผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง | เภสัชกร | | | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยทางจิตวิทยาที่ถูกต้อง | 1. ประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ<br>2. ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีที่แพทย์ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักจิตวิทยาคลินิก | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยทางสังคมที่ถูกต้อง<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุม | 1. ประเมินปัญหาความต้องการ/ให้การวินิจฉัยทางสังคม<br>2. ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ทัศนคติของญาติและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา<br>3. วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจ/ประสานครอบครัว ญาติที่เกี่ยวข้อง และ/หรือเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ<br>4. ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล<br>5. กรณีไม่มีผู้ดูแล /พรบ. สุขภาพจิต<br>- ตรวจสอบหลักฐานข้อมูลผู้ป่วย/สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาข้อมูลที่จำเป็น<br>- ดำเนินการทางทะเบียนราษฎร์เพื่อยืนยัน/รับรอง บุคคลให้กับผู้ป่วย<br>- ประสานครอบครัว/เครือข่ายเพื่อดำเนินการเซ็นยินยอมเอกสารของโรงพยาบาล<br>6. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักสังคมสงเคราะห์ | | | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวางแผนจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ | 1. ประเมินความพร่องทักษะด้านต่างๆ และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและจัดอาหารให้เหมาะสมตามสภาพผู้ป่วย | 1. ประเมินภาวะโภชนาการ และวางแผนการดูแล<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักโภชนาการ | | | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ครอบคลุม | 1. ประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ<br>2. วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจ/ประสานครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | จิตเวชชุมชน | | | | | |
| ระยะที่ 1 Initial Phase วันที่ 1-14 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เป็นไปตามแผนการดูแล | 1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical Pathway/Care Map<br>2. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง<br>3. จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล (HCM) | | | | | |

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล (ระยะ Acute Phase)

ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....HN.....AN.....

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่.....วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ.....วัน

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อรวบรวมข้อมูลให้การวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ประเมินความร่วมมือในการรักษา<br>3. ประเมินอาการทุก 7 วัน และปรับแผนการรักษา<br>4. ประเมินการรักษาด้วยยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา<br>5. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy, ICOD-R<br>6. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | จิตแพทย์ | | | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ได้รับการประเมิน/การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ประเมินระดับความรุนแรง เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม<br>3. ประเมินความร่วมมือในการรักษาพยาบาล | พยาบาลวิชาชีพ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม<br>3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย | 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและตรวจระดับของยาในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน<br>5. ให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา<br>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ<br>7. ดูแลความสุขสบายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง การดูแลตนเอง กิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม<br>8. สอน และฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต (Symptom Management)<br>9. ประเมิน Stage of Change และให้การบำบัด ด้วย MI, MET ตามสภาพปัญหา<br>10. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy, ICOD-R<br>11. สอน/ให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัว รายกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 12. ประเมินทักษะด้านต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ<br>13. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย<br>14. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | | | | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา<br>2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการใช้ยา | 1. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประเมินการใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน<br>2. ให้ความรู้ญาติเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการจัดการที่เหมาะสม<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | เภสัชกร | | | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและการบำบัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสม | 1. การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีที่แพทย์ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย<br>2. การทำจิตบำบัดและการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy, ICOD-R ฯลฯ | นักจิตวิทยาคลินิก | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 3. ประเมินและวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ<br>4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | | | | | | |
| ระยะที่ 2<br>Interim Phase<br>วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการบำบัดทางสังคมที่เหมาะสม | 1. ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษาการทำครอบครัวบำบัด การช่วยเหลือและการสร้างความสามารถของญาติให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม<br>2. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy , ICOD-R ฯลฯ<br>3. ประเมินความบกพร่องด้านต่างๆและวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ<br>4. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา<br>5. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักสังคมสงเคราะห์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามศักยภาพผู้ป่วย | 1. ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรม<br>2. ประเมินความพร่องด้านต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ<br>3. วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน<br>4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวบำบัด | | | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความเหมาะสม | 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และติดตามชั่งน้ำหนัก คำนวณ BMI เพื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อเนื่อง<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักโภชนาการ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย | 1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการประสานครอบครัว /ญาติที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | จิตเวชชุมชน | | | | | |
| ระยะที่ 2 Interim Phase วันที่ 15-28 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เป็นไปตามแผนการดูแล | 1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical Pathway/Care Map<br>2. ดูแลติดตามประเมินผลการรักษา<br>3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง<br>4. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมเพื่อร่วม | ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล (HCM) | | | | | |

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล (ระยะ Acute Phase)

ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....HN.....AN.....

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่.....วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ.....วัน

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อประเมินความก้าวหน้าการรักษาและวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง | 1. ประเมินสภาพจิตและความก้าวหน้าของการรักษาและปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม<br>2. ตรวจประเมินอาการทางกาย สภาพจิตและทางสังคมเพื่อดูความพร้อมก่อนจำหน่าย<br>3. วางแผนจำหน่ายและให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแนวทางรักษา | จิตแพทย์ | | | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้การประเมิน/วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้อง<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม | 1. ประเมินระดับความรุนแรง เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม<br>2. ประเมินผลการรักษา ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา<br>3. ให้ความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เหมาะสม | พยาบาลวิชาชีพ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย | 4. ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม<br>5. ประเมิน Stage of Change และให้การบำบัด ด้วย MI, MET ตามสภาพปัญหา<br>6. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจต่อเนื่อง เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy, ICOD-R<br>7. สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล/ครอบครัว/กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์<br>8. จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อเนื่อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program<br>9. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวที่บ้าน | | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 10. สอนและให้คำปรึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน<br>11. ประสานครอบครัว /ญาติที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป<br>12. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี<br>13. นัดผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์หลังจำหน่าย 1 เดือน<br>14. นัดผู้ป่วยมาบำบัดด้านสังคมจิตใจต่อเนื่องจนครบโปรแกรม<br>15. ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย | | | | | | |
| ระยะที่ 3<br>Pre-Discharge Phase<br>วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา<br>2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการใช้ยา | 1. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประเมินการใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน<br>2. ให้ความรู้ญาติเรื่องอาการข้างเคียงของยาและการจัดการที่เหมาะสม<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | เภสัชกร | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและการบำบัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสม | 1. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีที่แพทย์ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย<br>2. จิตบำบัดและการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family therapy, ICOD-R ฯลฯ<br>3. ประเมินและวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ<br>4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักจิตวิทยาคลินิก | | | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและการบำบัดทางสังคมที่เหมาะสม | 1. ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษาการทำครอบครัวบำบัด การช่วยเหลือและการสร้างความสามารถของญาติให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม<br>2. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive Training, Stress Management, Family Therapy, ICOD-R<br>3. ประเมินความพร่องด้านต่างๆและวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social Skill Training, Group Therapy, Occupational Therapy Rehabilitation Program ฯลฯ | นักสังคมสงเคราะห์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 4. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา<br>5. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | | | | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจและประเมินผลการจัดกิจกรรม | 1. จัดกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้องกับการวางแผนรายบุคคล<br>2. ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ (ระหว่างและหลังการฟื้นฟู)<br>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักกิจกรรมบำบัด<br>นักอาชีวบำบัด | | | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความเหมาะสม | 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และติดตามชั่งน้ำหนัก คำนวณ BMI เพื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อเนื่อง<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี | นักโภชนาการ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย | 1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ<br>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี<br>3. ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย | จิตเวชชุมชน/พัฒนาเครือข่าย | | | | | |
| ระยะที่ 3 Pre-Discharge Phase วันที่ 29-45 | 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เป็นไปตามแผนการดูแลและต่อเนื่องสู่ชุมชน | 1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical Pathway /Care Map<br>2. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจัดประชุมเพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามความเหมาะสม<br>3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง<br>4. ดูแล ติดตามประเมินผลการรักษา และวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลแก่ชุมชน | ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล (HCM) | | | | | |

# แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ระยะ Stabilized and Recovery Phase (Clinical Pathway for Schizophrenia with Substance and SMI-V in Community : Stabilized and Recovery Phase)

**ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17) ซึ่งทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้กลับไปใช้สารเสพติดและป้องกันการป่วยซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

**การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ระยะ Stabilized and Recovery Phase** หมายถึง การติดตามดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว ซึ่งอาจเป็นสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต โดยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือเครือข่าย

## เกณฑ์การจำหน่ายออกจาก Case Management ก่อนส่งต่อเครือข่าย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอาการต่อไปนี้

1. อาการทางจิตสงบ
2. ไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่เป็นอันตราย
3. ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้
4. ไม่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน
5. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง/สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้
6. สามารถสื่อสารความต้องการของตนกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
7. ญาติ/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล/สามารถประเมินอาการกำเริบของผู้ป่วยได้
8. ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ มีศักยภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)
## ระยะ Stabilized and Recovery Phase
## สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้ปฏิบัติหมายเลข 1 = แพทย์ (MD) 2 = พยาบาลวิชาชีพ (RN) 3 = เภสัชกร (PHA) 4 = นักจิตวิทยาคลินิก (PSY)
5 = นักสังคมสงเคราะห์ (SW) 6 = นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด (OT) 7= โภชนากร (NUT)
8 = พยาบาลจิตเวชชุมชน (Psychiatric Community Nurse: PCN) 9 = ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน (Community Case Manager : CCM)

| | |
|---|---|
| โรงพยาบาล.....<br>กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข | HN.....AN.....Discharge จากWard.....<br>ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี Diagnosis.....<br>Discharge Date.....ระยะเวลาการติดตามเยี่ยม.....เดือน |
| แพทย์เจ้าของไข้..... | ผู้บันทึก..... |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| ปัญหาและความต้องการ | 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ<br>2. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>3. เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ<br>4. ขาดความรู้/มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต<br>5. มีแนวโน้มรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา/อาจเกิดอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา<br>6. บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอาชีพ<br>7. ผู้ป่วยขาดทักษะการสื่อสารและการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม<br>8. ญาติ/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและอาการเจ็บป่วยจนรู้สึกไม่ปลอดภัย<br>9. ญาติ/ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล/รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย | 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ<br>2. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>3. เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ<br>4. อาจบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอาชีพ<br>5. ขาดทักษะทางสังคม เช่น การจัดการกับความเครียด การสื่อสารและการเข้าสังคม<br>6. ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| | 10. ชุมชนหวาดกลัว/มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย/ไม่ยอมรับผู้ป่วย/ขาดความรู้<br>11. ขาด Social Support | |
| Expected Outcomes | **ผู้ป่วย**<br>- ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ<br>- อาการทางจิตสงบ เช่น ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น<br>- ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>- มีความรู้/ทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต<br>- ให้ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษา/สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้<br>- ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น<br>- สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้<br>- สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม<br>- รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการขอความช่วยเหลือ<br>- สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม | **ผู้ป่วย**<br>- ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ<br>- อาการทางจิตสงบ เช่น ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น<br>- ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>- รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ รวมทั้งแก้ไขเบื้องต้นได้<br>- ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน/สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้<br>- มีทักษะทางสังคมในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน และมีสัมพันธภาพอย่างเหมาะสมได้<br>- สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ<br>- รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการขอความช่วยเหลือ<br>- สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม |
| | **ญาติ**<br>- ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย<br>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสารเสพติด อาการและการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย<br>- ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษา รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วย | **ญาติ**<br>- ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย<br>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสารเสพติด อาการและการรักษา/การป้องกันอาการป่วยซ้ำ รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย<br>- ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษา รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วย |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| | - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้<br>- รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต<br>- สามารถดูแลผู้ป่วยหรือมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง<br>- มีทักษะในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง<br>- ญาติ/ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา<br>- ญาติมีความรู้และสามารถพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยได้ | - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้<br>- รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต<br>- สามารถดูแลผู้ป่วยหรือมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง<br>- มีทักษะในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง<br>- ญาติ/ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา<br>- ญาติมีความรู้และสามารถพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยได้ |
| | **ชุมชน/เครือข่าย**<br>- มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย<br>- ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว<br>- มีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ<br>- มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม<br>- มีระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต | **ชุมชน/เครือข่าย**<br>- มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย<br>- ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว<br>- มีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ<br>- มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม<br>- มีระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต |
| Assess & Consult | ☐ ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD/PCN/CCM)<br>☐ ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด (MD/ PCN)<br>☐ ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, CGI-S, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (MD/ PCN)<br>☐ ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถโดยรวม (PCN)<br>☐ ประเมิน ICF (SW/ OT) | ☐ ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD/ PCN)<br>☐ ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด (MD/ PCN)<br>☐ ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, OAS, PVSS และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (MD/ PCN)<br>☐ ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถทำหน้าที่โดยรวม (PCN)<br>☐ ประเมิน ICF (SW/ OT)<br>☐ ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น ประเมิน Cognitive Function (CF) (PSY)<br>☐ ประเมินทักษะการสื่อสาร/การจัดการ (SW) |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| | ☐ ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น ประเมิน Cognitive Function (CF) (PSY)<br>☐ ประเมินทักษะการสื่อสาร/การจัดการ (SW)<br>☐ ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (Stage of Change) (MD/ PCN)<br>☐ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา MMAS) /การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช (MD/ PCN PHA)<br>☐ ประเมินความเสี่ยง Metabolic Syndrome เช่น ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (PCN/ NUT)<br>☐ ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล (MD/ PCN)<br>☐ ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (PCN / SW)<br>☐ ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน (PCN/ SW)<br>☐ ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (PCN)<br>☐ ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ (PCN, SW)<br>☐ ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (PCN)<br>☐ ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (PCN) | ☐ ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (Stage of Change) (PCN)<br>☐ ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา /อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช (PCN/ PHA)<br>☐ ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (PCN/OT)<br>☐ ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (PCN/ SW)<br>☐ ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย (PCN/ SW)<br>☐ ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (PCN)<br>☐ ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ (PCN, SW)<br>☐ ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (PCN)<br>☐ ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (PCN) |
| Medication | ☐ ประเมินอาการความรุนแรงและปรับการรักษาตามอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย (MD) | ☐ ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย และหรือโดยคำนึงถึงรายการยาทางจิตเวชของเขตสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (MD) |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| Intervention | ☐ ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ (PSY, SW, OT, PCN)<br>☐ ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น (MD, PHA, PSY, SW, OT, PCN)<br>☐ ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ดูแล ตามปัญหาและความต้องการ (PCN)<br>☐ ประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและให้การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม (SW)<br>☐ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน (SW)<br>☐ ให้ความรู้และเสริมพลังแก่ญาติ/ผู้ดูแล ให้มีแนวทางการจัดการความเครียด และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม (PCN , SW)<br>☐ ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ (PCN, SW)<br>☐ การบำบัดด้านสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (PSY, SW, PCN)<br>☐ ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ ในเดือนที่ 1 3 และ6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (CCM)<br>☐ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือนหรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อไป (CCM) | ☐ ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ (PSY, SW, OT, PCN)<br>☐ ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น (PHA, PSY, SW, PCN)<br>☐ ประสานงานและส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (PCN, SW)<br>☐ ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (MD, PCN)<br>☐ ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ (PCN, SW)<br>☐ ติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ใน รพจ.ตามนัด (PCN)<br>☐ ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับในเดือนที่ 9 และ12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (CCM)<br>☐ จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือนหรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อไป (CCM)<br>☐ ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดทุก 3 เดือน (RN, PCN, CCM) |

| หัวข้อเรื่อง | ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... | ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี)<br>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่..... |
|---|---|---|
| KPI | 1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 180 วัน<br>2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) ≥ 71 หลังจำหน่าย 6 เดือน<br>3. ร้อยละของผู้ป่วยสารเสพติดที่หยุดเสพติดต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัด<br>4. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ | 1. ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในชุมชนได้นาน > 1 ปี<br>2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) ≥ 71 หลังจำหน่าย 1 ปี<br>3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทสารเสพติดลดการใช้สารเสพติด > ติดต่อกัน 3 เดือน<br>4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นไป<br>5. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ |

## แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) (ระยะ Stabilized Phase และ Recovery Phase)

ชื่อ-สกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....HN.....AN.....

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่.....วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... รวมจำนวนวันนอน รพ. .....วัน

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะ Stabilized Phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) | เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และให้การรักษาต่อเนื่อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด<br>3. ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย<br>4. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (Stage of Change)<br>5. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา MMAS) /การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช | จิตแพทย์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 6. ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล<br>7. ประเมินอาการความรุนแรงและปรับการรักษาตามอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย<br>8. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น | | | | | | |
| | เพื่อติดตามอาการประเมินผลการรักษา และให้การรักษาต่อเนื่อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด<br>3. ประเมินอาการทางจิต/ พฤติกรรมรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย<br>4. ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถโดยรวม<br>5. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (Stage of Change) | พยาบาลจิตเวชชุมชน | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 6. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา MMAS) /การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช<br>7. ประเมินความเสี่ยง Metabolic Syndrome เช่น ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง<br>8. ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล<br>9. ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว<br>10. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน<br>11. ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>12. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ<br>13. ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย | | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 14. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด<br>15. ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ<br>16. ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น<br>17. ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการ<br>18. ให้ความรู้และเสริมพลังแก่ญาติ/ผู้ดูแลให้มีแนวทางการจัดการความเครียดและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม<br>19. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ<br>20. การบำบัดด้านสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาอย่างต่อเนื่องและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา | 1. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย / อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช | เภสัชกร | | | | | |
| | เพื่อประเมินประกอบการวินิจฉัยและให้การบำบัดทางจิตวิทยาคลินิก | 1. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม<br>2. จิตบำบัดทั้งแบบรายบุคคล ครอบครัวบำบัดและกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ(Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ<br>3. การบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล | นักจิตวิทยาคลินิก | | | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ | 1. ประเมิน ICF<br>2. ประเมินทักษะการสื่อสาร<br>3. ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว<br>4. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน | นักสังคมสงเคราะห์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 5. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ<br>6. ให้การบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น<br>7. ประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและให้การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม<br>8. พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน<br>9. ให้ความรู้และเสริมพลังแก่ญาติ/ผู้ดูแลให้มีแนวทางการจัดการความเครียด และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม<br>10. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน มีทักษะการดำเนินชีวิต อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ | 1. ประเมิน ICF<br>2. ฟื้นฟูทักษะทางด้านสังคมจิตใจและงานด้านอาชีพ | นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด | | | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านโภชนาการ | 1. ประเมินความเสี่ยง Metabolic Syndrome เช่น ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง<br>2. ให้คำแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย | นักโภชนาการ | | | | | |
| | เพื่อติดตามประเมินและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง | 1. ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ ในเดือนที่ 1 3 และ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (CCM)<br>2. จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือนหรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อไป (CCM) | ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน(CCM) | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 – 1 ปี) | เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และให้การรักษาต่อเนื่อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือด และสารเสพติด<br>3. ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, OAS, PVSS และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย<br>4. ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย และหรือโดยคำนึงถึงรายการยาทางจิตเวชของเขตสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง<br>5. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด | จิตแพทย์ | | | | | |
| | เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และให้การรักษาต่อเนื่อง | 1. ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดทุก 3 เดือน | พยาบาลวิชาชีพ | | | | | |
| | เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และให้การรักษาต่อเนื่อง | 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย<br>2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือด และสารเสพติด | พยาบาลจิตเวชชุมชน | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 3. ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย<br>4. ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถทำหน้าที่โดยรวม<br>5. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (Stage of Change)<br>6. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช<br>7. ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย<br>8. ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว<br>9. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย<br>10. ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วย และญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ<br>11. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | | 12. ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย<br>13. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด<br>14. ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ<br>15. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ(Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น<br>16. ประสานงานและส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง<br>17. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด<br>18. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ<br>19. ติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ใน รพจ.ตามนัด | | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาอย่างต่อเนื่อง และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา | 1. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช<br>2. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นต้น | เภสัชกร | | | | | |
| | เพื่อประเมินประกอบการวินิจฉัยและให้การบำบัดทางจิตวิทยา | 1. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม<br>2. บำบัดและฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคม<br>3. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดและฟื้นฟูทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น จิตบำบัด สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ | นักจิตวิทยาคลินิก | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ | 1. ประเมิน ICF<br>2. ประเมินทักษะการสื่อสาร<br>3. ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว<br>4. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย<br>5. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ<br>6. ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ<br>7. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น<br>8. ประสานงานและส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง<br>9. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ | นักสังคมสงเคราะห์ | | | | | |

| ระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | วิชาชีพที่รับผิดชอบ | การปฏิบัติ | | ผลลัพธ์ | ปัญหา/อุปสรรค | ผู้ปฏิบัติ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ | | | |
| | เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน มีทักษะการดำเนินชีวิต อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ | 1. ประเมิน ICF<br>2. ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น ประเมิน Cognitive Function (CF)<br>3. ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย<br>4. ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ | นักกิจกรรมบำบัด/จนท.อาชีวบำบัด | | | | | |
| | เพื่อติดตามประเมินและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง | 1. ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับในเดือนที่ 9 และ 12 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<br>2. จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือนหรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแผนการดูแลต่อไป<br>3. ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดทุก 3 เดือน | ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน | | | | | |

# เอกสารอ้างอิง


กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2556). **คู่มือดูแลทางจิตเวช สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ.** นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. (2543). **แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์.

ธีระ ลีลานันทกิจ. (2541). **การบริหารจัดการและรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปาริชาติ ใจสุภาพ.(2547). การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. รายงานการค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2547). **การพัฒนาทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยพิรุณทอง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.** การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. (2552). **คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวช.** นครราชสีมา: อินดี้เพรส.

โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2555). **คู่มือสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ.** โรงพยาบาลศรีธัญญา.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. (2560). **คู่มือการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.** โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (มมป) **แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับญาติและผู้ดูแล.** สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2545). **คู่มือสมุดสุขภาพเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง.** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (2559). **การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(3): 253-266.

Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). **Schizophrenia, substance abuse, and violent crime.** *Jama, 301*(19), 2016-2023.

United States Department of Health and Human Services. (2012). **Substance Abuse and Mental Health Services Administration.** Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. ICPSR34933-v3. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2015-11-23. https://doi.org/10.3886/ICPSR34933.v3

# ภาคผนวก ก

- ใบความรู้ : อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล
- คำนิยามของการบริการนิติจิตเวช
- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- แนวทางการใช้ Clinical Global Impression (CGI)

# ใบความรู้ : อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง สำหรับญาติและผู้ดูแล

การเกิดอาการกำเริบทางจิต เป็นการแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจะมีอาการเตือนก่อนเสมอโดยมีปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ 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 ออกนอกบ้านกลางคืนไม่นอน

**3. อาการทางจิตกำเริบ** ได้แก่ มีอาการหลงผิด หูแว่ว พูดคนเดียว หวาดระแวง

## การจัดการเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1. เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ
2. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พูดคุยให้ผู้ป่วยได้ฉุกคิด เตือนสติ
3. อยู่ห่างๆชั่วคราว ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย
4. หากผู้ป่วยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น อยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 เมตร และให้ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รพสต. อปพร. ตำรวจ เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล

# คำนิยามของการบริการนิติจิตเวช

## 1. การบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 หมายถึง

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลหรือพนักงานสอบสวนเชื่อว่าเป็นบุคคลวิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ มาตรวจสภาพจิตหรือบำบัดรักษาหรือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14

**ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 มีสาระสำคัญว่า**

ในระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาล แล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวน หรือศาลเห็นว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถจะต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ ตามแต่จะเห็นสมควร กรณีที่ศาลงดการไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา ดั่งบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้

## 2. การบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 หมายถึง

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลส่งมาบำบัดรักษาที่ รพ.จิตเวช ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 จนกว่าจะปลอดภัยต่อสังคม

**ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 มีสาระสำคัญว่า**

ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตาม มาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

ผู้ใดกระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือนผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

**ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 มีสาระสำคัญว่า**

ผู้ใดกระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือ จิตฟั่นเฟือนผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

**3. การบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 หมายถึง**

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลส่งมาบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56

**ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 มีสาระสำคัญว่า**

ผู้ใดกระทำความผิดซึ่งมีโทษจำคุกและในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินสองปี ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นได้รับโทษจำคุกมาก่อนหรือปรากฏว่าได้รับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ เมื่อศาลคำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพและสิ่งแวดล้อมของผู้นั้นหรือสภาพความผิดหรือเหตุอื่นอันควรปรานีแล้ว เห็นเป็นการสมควร ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้นมีความผิดแต่รอกำหนดโทษไว้หรือกำหนดโทษแต่รอการลงโทษไว้แล้วปล่อยตัวไป เพื่อให้โอกาสผู้นั้นได้กลับตัวภายในระยะเวลาที่ศาลจะกำหนดแต่ต้องไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่ศาลจะพิพากษา โดยจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อควบคุมความประพฤติของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้

**เงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติ**

- ให้รายงานตัว เพื่อให้เจ้าพนักงานสอบถาม แนะนำ ช่วยเหลือ ตักเตือน
- จัดให้ทำกิจกรรมบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์
- ให้ฝึกหัดหรือทำงาน
- ให้ละเว้นการคบค้าสมาคมหรือประพฤติอันนำไปสู่การกระทำความผิดทำนองเดียวกัน
- ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจหรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด
- เงื่อนไขอื่นๆที่ศาลเห็นสมควรเพื่อแก้ไข ฟื้นฟูหรือป้องกันมิให้ผู้กระทำผิดหรือมีโอกาสกระทำผิดขึ้นอีก

**4. การบริการนิติจิตเวชที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา หมายถึง** การบริการแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา

## เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

| ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยเคยมีประวัติดังต่อไปนี้หรือไม่ | | | |
|---|---|---|---|
| **1. มีประวัติการฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต หรือไม่ หากตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า.. กระทำด้วยวิธีอะไร?** | **2. มีประวัติการก่อความรุนแรงทำร้ายผู้อื่นหรือสร้างความรุนแรงในชุมชน** | **3. มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง** | **4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)** |
| ☐ มี<br>☐ ไม่มี | ☐ มี<br>☐ ไม่มี | ☐ มี<br>☐ ไม่มี | ☐ มี<br>☐ ไม่มี |
| ☐ ยิงตัวเองด้วยปืน<br>☐ แขวนคอ<br>☐ ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย<br>☐ กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู<br>☐ กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตาย<br>☐ ใช้มีดหรือของมีคมฟัน แทง เฉือนปาดตัวเอง<br>☐ ทำให้ตัวเองจมลงในน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้<br>☐ ทำให้ยานยนต์ชน หรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆ ที่ถูกกระทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น)<br>☐ ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง<br>☐ ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก<br>☐ ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต<br>☐ มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น | ☐ ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย<br>☐ รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ<br>☐ เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์<br>☐ จี้ตัวประกัน<br>☐ ปล้น<br>☐ พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง<br>☐ ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน)<br>☐ อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย<br>☐ ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์<br>☐ ลวนลาม จับหน้าอก ก้น หรืออวัยวะเพศผู้อื่น<br>☐ ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ<br>☐ บุกรุกบ้าน เพื่อทำอันตรายผู้อื่น | ☐ มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย<br>☐ หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว | ☐ ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต<br>☐ พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต<br>☐ ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น<br>☐ วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย |

**หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่ง** ถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง

# แนวทางการใช้ Clinical Global Impression (CGI)

เป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สนับสนุนโดย National Institute of Mental Health (Psychopharmacology Research Branch) เป็นเครื่องมือที่สั้น และใช้การประเมินจากมุมมองของผู้รักษาต่ออาการทางจิตโดยรวมของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ไม่มีความจำเพาะต่อโรคหนึ่งโรคใด (Universal)

## ข้อจำกัดและความต้องการของการรักษาผู้ป่วยในชีวิตจริง

- มีเวลาจำกัด
- จำเป็นต้องให้การรักษาที่ได้มาตรฐาน
- จำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่สมบูรณ์
- จำเป็นต้องมีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

## CGI ประกอบด้วย

- CGI – Severity of illness (CGI-S) สำหรับประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต
- CGI – Global improvement (CGI-I) สำหรับประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตเมื่อเทียบกับก่อนรักษา

## การให้คะแนน CGI – Severity

เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์ทางคลินิกของคุณเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันนี้ทั้งหมดผู้ป่วยคนนี้มีความเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับใดในเวลานาน

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Normal, Not at all ill | ไม่พบอาการของโรค |
| 2 | Borderline Mentally ill | แทบไม่พบอาการ |
| 3 | Mildly ill<br>ป่วยเล็กน้อย | มีอาการปรากฏให้เห็นน้อยครั้ง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจเล็กน้อย และไม่มีผลต่อ function ที่เป็นอยู่ |
| 4 | Moderately ill<br>ป่วยปานกลาง | มีอาการปรากฏให้เห็นบ่อยครั้ง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจชัดเจน แต่พอทนได้ เกิดผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพเล็กน้อย |
| 5 | Markedly ill<br>ป่วยมาก | มีอาการบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ทำให้งานเสียหายชัดเจน หรือเสียสัมพันธภาพ |
| 6 | Severity ill<br>ป่วยรุนแรง | มีอาการตลอด หรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือกิจวัตรส่วนตัวบกพร่อง |
| 7 | Extremely ill<br>ป่วยรุนแรงสุดขีด | มีอาการตลอด หรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ผลกระทบตามข้อ 6 รุนแรง จนควบคุมไม่ได้ |

## Comparative CGI – Severity

เป็นการเพิ่มความเที่ยง (Reliability) ของการให้คะแนน CGI – Severity โดยเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างกับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน โดยอาศัยลักษณะหลักๆ ที่เป็นข้อพิจารณาประกอบให้คะแนน ได้แก่

(1) Symptom Frequency ความถี่ของอาการ

(2) Symptom Intensity ความรุนแรงของอาการ

(3) Distress ความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ

(4) Impact (Work, Home, School, Relationship)

ผลกระทบของอาการ ใน 4 เรื่อง คือ การทำงาน/การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน การเรียน และสัมพันธภาพ)

| Symptom Frequency | Symptom Intensity | Distress | Impact (Work,Home,School,Relationship) | CGI-S |
|---|---|---|---|---|
| ไม่พบอาการของโรค | | | | 1 |
| แทบไม่พบอาการ | ความรุนแรงน้อย | ไม่พบ | Function ไม่บกพร่อง | 2 |
| ความถี่น้อย | ความรุนแรงน้อย | มีเล็กน้อย | Function ไม่บกพร่อง อาจทำงานได้โดยยากลำบาก | 3 |
| มีอาการบ่อยครั้ง | ความรุนแรงปานกลาง | มีชัดเจน แต่พอทนได้ | เกิดผลกระทบต่องาน หรือสัมพันธภาพเล็กน้อย | 4 |
| มีอาการบ่อย หรือเกือบตลอดเวลา | ความรุนแรงปานกลาง | มีมาก | งานเสียหายชัดเจน หรือเสียสัมพันธภาพ | 5 |
| มีอาการตลอด/เกือบตลอดเวลา | ความรุนแรงมาก | มีมาก | พฤติกรรมก้าวราว วุ่นวาย ความคิดฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย กิจวัตรส่วนตัวบกพร่อง | 6 |
| มีอาการตลอด/เกือบตลอดเวลา | ความรุนแรงมาก | มีมาก | ผลกระทบตามข้อ 6 รุนแรงจนควบคุมไม่ได้ | 7 |

3 แยก จาก 2 ที่ความถี่ของอาการ และ 3 มีความรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจอยู่ด้วย

4 แยก จาก 3 ที่ 4 มีผลกระทบต่องาน แต่ 3 ไม่มีผลกระทบต่องาน

5 แยก จาก 4 ที่ผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพ โดย 5 เสียงานหรือเสียสัมพันธภาพ แต่ 4 เกิดผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพเพียงเล็กน้อย

6 แยก จาก 5 ที่ 6 พบพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว หรือดูแลกิจวัตรตัวเองไม่ได้

7 แยก จาก 6 โดยที่ 7 มีพฤติกรรมรุนแรงกว่าจนญาติหรือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถควบคุมได้

# ภาคผนวก ข

## เครื่องมือ/อุปกรณ์

# เครื่องมือ/อุปกรณ์

## แบบประเมิน

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)
3. แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression: CGI-S)
4. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
5. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)
6. แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)
7. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
8. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
9. แบบประเมินความสามารถ (International Classification of Functioning: ICF)
10. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)

## แบบติดตาม/รายงานต่างๆ

1. แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance Record Form)
2. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย
3. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี
   - แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช
4. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี
   - แบบบันทึกเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D-METHOD
   - แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำ
   - แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551กรณีจำหน่ายกลับสู่ชุมชน
5. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

# แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

| ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง | พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง | | |
|---|---|---|---|
| | ฉุกเฉิน (Emergency) | เร่งด่วน (Urgency) | กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency ) |
| 1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง | ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายในหรือหมดสติ | ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ ตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก | |
| 2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก | พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ | ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลักหรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ | หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง |
| 3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน | ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายหรือจุดไฟเผา ฯลฯ | ขว้าง เตะ ทุบวัตถุหรือสิ่งของ | ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย |

## การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

**กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency)** หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

**เร่งด่วน (Urgency)** หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

**ฉุกเฉิน (Emergency)** หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

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

## แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

**คำชี้แจงสำหรับผู้ประเมิน:** แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช อันจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย

**วิธีการใช้แบบประเมิน:** โปรดถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย **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 แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้ | |
| | | 3 | ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนถึงขั้นติดสุราหรือสารเสพติดนั้น และมีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้ | |
| 2 | ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง | 0 | ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง | หมายเหตุ: หากข้อนี้ประเมินได้คะแนน 1-4 โปรดดูการแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง |
| | | 1 | มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีกว่า | |
| | | 2 | ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง เช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พูดสั่งลา เขียนจดหมาย หรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น | |
| | | 3 | ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวดหรือกินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณไม่มาก | |
| | | 4 | ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจที่จะทำให้ตาย โดยใช้วิธีการที่รุนแรงซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ใช้ปืนยิง ราดน้ำมันจุดไฟเผา ใช้ไฟฟ้าช็อต แขวนคอ ใช้ของมีคมแทง วิ่งให้รถชน กระโดดจากที่สูง | |

| ข้อ | ความรุนแรง | คะแนน | ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้ | คะแนนที่ได้ |
|---|---|---|---|---|
| 3 | การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น | 0 | ไม่มี | |
| | | 1 | แสดงออกถึงการพูดด่าทอด้วยคำรุนแรง ตะโกน แผดเสียง พูดจาถากถาง คาดโทษ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ | |
| | | 2 | แสดงกิริยาท่าทางที่กำลังจะจู่โจม ทำร้ายผู้อื่นร่วมกับมีอารมณ์โกรธ เช่น กระทืบเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้หน้า ตาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น | |
| | | 3 | มีการแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง (ทั้งข้อ 1 และ 2) | |
| 4 | การแสดงออกทางอารมณ์พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตร | 0 | ไม่มี | |
| | | 1 | ไม่แน่ใจ เนื่องจากการแสดงออกไม่ชัดเจน แต่ญาติหรือผู้ประเมินสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว | |
| | | 2 | มีอาการหวาดระแวงชัดเจน ทั้งทางคำพูดและพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงมือกระทำรุนแรง เช่น พกอาวุธ หันมองซ้ายขวา ระวังตัวอย่างมาก เป็นต้น | |
| | | 3 | ต่อสู้หรือจู่โจมเป้าหมายที่หวาดระแวง | |
| 5 | พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น | 0 | ไม่มี ทั้งพฤติกรรมและความคิดหรือการวางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น | *หมายเหตุ หากประเมินได้0-2 คะแนน ไม่ต้องประเมินข้อ 6-9 หากประเมินได้ 3 คะแนน ให้ประเมินข้อ 6-9 ต่อ |
| | | 1 | มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายคนอื่น แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นใคร | |
| | | 2 | มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น หรือมีความคิดอยากจะข่มขืน จะฆ่าคนอื่นโดยระบุบุคคลใดคนหนึ่ง หรือบอกว่าจะเผาที่ใดที่หนึ่ง แต่ยังไม่ลงมือทำ | |
| | | 3 | ลงมือกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น หรือเผา หรือทำลายสิ่งของ หรือมีพฤติกรรม ถ้ำมอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะหรือไม่ | |
| 6 | เป้าหมายของการกระทำรุนแรง | 1 | กระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียวไม่ได้ทำร้ายผู้อื่น | |
| | | 2 | กระทำรุนแรงต่อผู้ชาย | |
| | | 3 | กระทำรุนแรงต่อผู้หญิงหรือเด็ก ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือผู้พิการ | |
| | | 4 | กระทำรุนแรงทั้งต่อสิ่งของ และผู้ชาย ผู้หญิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือเด็กที่มากกว่า 1 คนขึ้นไป | |

| ข้อ | ความรุนแรง | คะแนน | ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้ | คะแนนที่ได้ |
|---|---|---|---|---|
| 7 | ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง | 1 | ใช้ปากกัด ใช้ศีรษะโขลก หรือกระแทก ใช้มือ ผลัก ตบ ตีต่อย บีบผู้อื่น | *หมายเหตุ หากประเมินได้ 4 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง |
| | | 2 | ใช้เข่า เท้า เตะ ถีบ กระทืบ ผู้อื่น แต่ไม่ได้ใช้อาวุธ หรือมีพฤติกรรมถ้ำมอง เล่นหรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ | |
| | | 3 | ใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ของมีคม หรือมีการลวนลามทางเพศ เช่น กอด จูบ จับหน้าอกหรือของสงวนผู้อื่น แต่ยังไม่ข่มขืน | |
| | | 4* | ใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคม หรืออาวุธ เช่น มีด ดาบ ปืน เพื่อทำร้ายผู้อื่น /หรือตั้งใจเผา วางเพลิงเพื่อสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคล /หรือมีการข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น | |
| 8 | ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง | 1 | สิ่งของมีการแตกหัก พัง เสียหาย ใช้การไม่ได้ แต่ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ | *หมายเหตุ หากประเมินได้ 5 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง |
| | | 2 | มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีรอย ฟกช้ำเคล็ดขัดยอก ปวดตามร่างกาย แต่ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออกมา | |
| | | 3 | มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีแผล มีเลือดออกต้อง รับการรักษาจากสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน | |
| | | 4 | มีผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง มีการเสียเลือด หรือแตกหักของอวัยวะในร่างกาย อย่างรุนแรง จนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล | |
| | | 5* | มีผู้เสียชีวิต | |
| 9 | การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง | 1 | ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจจากการกระทำของตน เช่น ร้องไห้ ยอมรับผิด แสดงการขอโทษผู้ได้รับผลจากการกระทำของตน | |
| | | 2 | ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ชัดเจน ว่าเสียใจ หรือโกรธ สีหน้าเฉยเมย ไม่สนใจว่ามีผู้ใดหรือสิ่งใดได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตน | |
| | | 3 | ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตนอย่างชัดเจน ไม่รู้สึกผิด ยังมีอารมณ์โกรธ หรือพูดถึงความรู้สึกสะใจ ที่ได้กระทำรุนแรงต่อผู้อื่น | |
| รวมคะแนน | | | ภาพรวมความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ สูง<br>ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง(ข้อ2) ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ สูง | |

## การแปรผล

**ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น** คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

☐ *คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย*

☐ *คะแนน 6-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง*

☐ *คะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง*

**การแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย ที่ได้จากการประเมินคำถามเฉพาะข้อ 2**

**หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย**

คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

คะแนน 2-3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่น ได้ 5 คะแนน จะแปรผลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย

## แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression - Severity : CGI-S)

*Considering your total clinical experience with these particular population, how mentally ill is the patient at this time ?*

1 = Normal, not at all ill

2 = Borderline mentally ill

3 = Mildly ill

4 = Moderately ill

5 = Markedly ill

6 = Severely ill

7 = Extremely ill

# แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

Name.....HN.....AN.....Admission day.....

**คำชี้แจง:** ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไม่มีอาการ | = 1 คะแนน | มีอาการค่อนข้างรุนแรง | = 5 คะแนน |
| มีอาการขั้นต่ำสุด | = 2 คะแนน | มีอาการรุนแรง | = 6 คะแนน |
| มีอาการเล็กน้อย | = 3 คะแนน | มีอาการรุนแรงมาก | = 7 คะแนน |
| มีอาการปานกลาง | = 4 คะแนน | | |

| เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ | ระดับคะแนน | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. อาการวิตกกังวล (Anxiety) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. อาการประสาทหลอน (Hallucination) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. ความตึงเครียด (Tension) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

# แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)

ชื่อ.....HN.....ตึก.....

| หัวข้อการประเมิน | วันที่.....<br>ผู้ประเมิน.....<br>ระดับความรุนแรง | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **ประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS)** | | | | | |
| 1. ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินควร หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่น หรือวุ่นวาย (Violence) | | | | | |
| 2. มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (Suicide) | | | | | |
| 3. ปัญหาดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด | | | | | |
| 4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ | | | | | |
| 5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย | | | | | |
| 6. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด | | | | | |
| 7. อารมณ์ซึมเศร้า (สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกผิด ไม่ว่าจะถูกวินิจฉัยโรคอะไรก็ตาม) | | | | | |
| 8. ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ | | | | | |
| 9. ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น | | | | | |
| 10. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันการไร้ความสามารถโดยรวม | | | | | |

# แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
# (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)

ชื่อผู้ป่วยหรือ ID.....ผู้ประเมิน.....วันที่.....

- ☐ P1. อาการหลงผิด
- ☐ P2. ความคิดสับสน
- ☐ P3. อาการประสาทหลอน
- ☐ P4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย
- ☐ P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง
- ☐ P6. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย
- ☐ P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร
- ☐ N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ
- ☐ N2. การแยกตัวทางอารมณ์
- ☐ N3. มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง
- ☐ N4. อาการแยกตัวจากสังคม
- ☐ N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม
- ☐ N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่อง
- ☐ N7. การคิดอย่างตายตัว
- ☐ G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย
- ☐ G2. อาการวิตกกังวล
- ☐ G3. ความรู้สึกผิด
- ☐ G4. ความตึงเครียด
- ☐ G5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ
- ☐ G6. อาการซึมเศร้า
- ☐ G7. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า
- ☐ G8. การไม่ร่วมมือ
- ☐ G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ

☐ G10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล

☐ G11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย

☐ G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย

☐ G13. การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

☐ G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี

☐ G15. ความคิดหมกมุ่น

☐ G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

☐ S1. ความรู้สึกโกรธ

☐ S2. อดใจรอการตอนสนองความต้องการไม่ได้

☐ S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

**ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต**

1 = ไม่มีอาการ

2 = มีอาการขั้นต่ำสุด

3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = มีอาการปานกลาง

5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง

6 = มีอาการรุนแรง

7 = มีอาการรุนแรงมาก

# 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 |
| - ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือ | ได้ | ไม่ได้ |
| - บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้ | 0 | 8 |
| 4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย | 0 | 8 |
| 5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ | 0 | 9 |
| 6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่ทำให้เสียชีวิต | 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. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด

**คะแนน 8Q = 9 -16 คะแนน**

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

**คะแนน 8Q > 17 คะแนน**

1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจช่วยแก้ไขปัญหาทุกข์ใจที่เร่งด่วน
4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

**หมายเหตุ :** ผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ควรได้รับการติดตามประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทุกเดือน

# แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน | ไม่มีเลย | เป็นบางวัน 1-7 วัน | เป็นบ่อย > 7 วัน | เป็นทุกวัน |
|---|---|---|---|---|
| 1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่า ถ้าตายไปคงจะดี | 0 | 1 | 2 | 3 |

**คะแนนรวม**

## ตารางการแปรผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

| คะแนนรวม | การแปรผล |
|---|---|
| < 7 คะแนน | ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก |
| 7 – 12 คะแนน | มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย |
| 13 – 18 คะแนน | มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง |
| ≥ 19 คะแนน | มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง |

# แบบประเมินความสามารถ (International Classification of Functioning: ICF)

แบบประเมินระดับความพิการและการให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) สำหรับคนพิการที่มารับเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

**ชื่อผู้พิการ**.....**นามสกุล**.....

เลขประจำตัวประชาชน [ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]

การวินิจฉัยความบกพร่อง.....รหัส ICD-10-TM.....

การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ (ถ้ามี).....รหัส ICD-10-TM.....

สรุปว่า มีความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในประเภท

☐ การเห็น ☐ การได้ยิน ☐ การสื่อความหมาย ☐ การเคลื่อนไหว ☐ ร่างกาย

☐ จิตใจ ☐ พฤติกรรม ☐ ออทิสติก ☐ สติปัญญา ☐ การเรียนรู้

| ระดับความบกพร่องในการทำงานของร่างกาย / ความลำบากในการทำกิจกรรม | | | .0 | .1 | .2 | .3 | .4 | .8 | .9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | รหัส ICF | ความหมายของรหัส | | | | | | | |
| 1 | d155 | การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ | | | | | | | |
| 2 | d350 | การสนทนา | | | | | | | |
| 3 | d510 | การทำความสะอาดร่างกายตนเอง | | | | | | | |
| 4 | d570 | การดูแลสุขภาพตนเอง | | | | | | | |
| 5 | d640 | การทำงานบ้าน | | | | | | | |
| 6 | d720 | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน | | | | | | | |
| 7 | d750 | สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ | | | | | | | |
| 8 | d845 | การได้ทำงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน | | | | | | | |
| 9 | d920 | นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง | | | | | | | |

กรณีที่มีความพิการทางจิตจะต้องมีการประเมินความสามารถ 9 ด้าน (International Classification of Functioning: ICF)* ประเมินและฟื้นฟูทางจิตสังคมโดยพยาบาลดังต่อไปนี้

1. การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ (Acquiring skills)
2. การสนทนา (Conversation)
3. การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing oneself)
4. การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking after one's health)
5. การทำงานบ้าน (Doing housework)
6. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex interpersonal interactions)
7. สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal social relationships)
8. การได้งานทำ การรักษางานที่ทำอยู่และการยุติการทำงาน (Acquiring, keeping and terminating a job)
9. นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and leisure)

# การประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)

ในการประเมินให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้รวมความบกพร่องด้านการทำหน้าที่อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม)

**รหัสคะแนน :** หมายเหตุบางครั้งอาจให้คะแนนที่มีค่าระหว่างช่วงคะแนนที่ให้ไว้ได้ หากเหมาะสม เช่น 45, 68, 72

| | |
|---|---|
| 91-100 | สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีคุณสมบัติทางบวกหลายอย่างไม่มีอาการ |
| 81-90 | มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย (เช่นกังวลใจเล็กน้อยก่อนการสอบ) ทำสิ่งต่างๆ ได้ดีในทุกๆด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีอะไรมากไปกว่าปัญหาในชีวิตประจำวัน (เช่น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง) |
| 71-80 | หากมีอาการบ้างก็เป็นแบบชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจที่พบได้โดยทั่วไป (เช่น สมาธิไม่ค่อยดีหลังจากทะเลาะกันในครอบครัว)ไม่มีอะไรมากไปกว่าสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือในโรงเรียน เพียงเล็กน้อย(เช่น การเรียนตกต่ำชั่วคราว) |
| 61-70 | มีอาการเล็กน้อย (เช่น อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับบ้าง) หรือ มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ หรือเรียน (เช่น หนีเรียนหรือขโมยของในบ้าน) แต่ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับคนบางคนได้ |
| 51-60 | มีอาการอยู่ในระดับกลาง (เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดจาวกวน นาน ๆ ครั้งจะมีอาการตื่นตกใจกลัวจนควบคุมตัวเองไม่ได้) หรือมีความลำบากในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ หรือการเรียน ในระดับกลาง ๆ (เช่น มีเพื่อนน้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อน ๆ หรือเพื่อนร่วมงาน) |
| 41-50 | อาการรุนแรง (เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการย้ำคิดอย่างรุนแรง ขโมยของในร้านค้าบ่อย ๆ) หรือมีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม อาชีพ หรือการเรียนอย่างมาก (เช่น ไม่มีเพื่อนเลย หรือต้องตกงานอยู่เรื่อย ๆ) |
| 31-40 | มีการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผลหรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวการใช้วิจารณญาณ การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอารมณ์เศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัว และไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า ดื้อเวลาอยู่ที่บ้าน และการเรียนล้มเหลว) |

| | |
|---|---|
| 21-30 | พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของความหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน หรือ มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อสารและใช้วิจารณญาณ (เช่น บางครั้งพูดไม่ปะติดปะต่อทำสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะอย่างมาก หมกมุ่นอยู่กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย) หรือ ไม่สามารถทำอะไรได้เลยในแทบทุกด้าน (เช่น นอนอยู่บนเตียงทั้งวัน ไม่มีงานทำ ไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีเพื่อน) |
| 11-20 | อาจเป็นอันตรายหรือทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริง ๆ มีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง มีลักษณะตื่นเต้นไม่ยอมอยู่นิ่งเลย) หรือ บางครั้งไม่สามารถรักษาอนามัยส่วนตัวได้ (เช่น เอาอุจจาระป้ายของบางอย่าง หรือ มีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง (เช่น ส่วนใหญ่พูดไม่รู้เรื่อง หรือเงียบเฉยเหมือนคนใบ้ |
| 1-10 | มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ) หรือ ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาอนามัยส่วนตัวแม้เพียงเล็กน้อยได้ หรือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง |
| 0 | ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ |

ในผู้ป่วยรายนี้ มีคะแนน GAF.....

# แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance Record Form)

| | |
|---|---|
| โรงพยาบาล..... | ชื่อ.....สกุล..... HN.....AN.....ตึก.....โรค.....<br>วันที่ Admit.....วันที่ D/C .....ระยะเวลานอน ร.พ. .....วัน ค่าใช้จ่าย..... |
| แพทย์เจ้าของไข้..... พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)..... | |

| Date/ Time | การเปลี่ยนแปลงและสาเหตุ (ระบุสาเหตุจากผู้ป่วย ญาติ ระบบงาน หรือผู้ให้บริการ) | Initial Phase (ปัญหา/การจัดการ/ผู้บันทึก) | | Interim Phase | Pre-Discharge Phase |
|---|---|---|---|---|---|
| | | วันที่ 1 - 7 | วันที่ 8 - 14 | วันที่ 15 -28 | วันที่ 29 – 45 |
| Phase 1-3 | 1. สาเหตุจากผู้ป่วย<br>☐ อาการทางจิตไม่สงบ/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา<br>☐ มีโรคแทรกซ้อนทางกาย<br>☐ ปฏิเสธการรักษา<br>☐ อื่นๆระบุ.....<br>2. สาเหตุจากการให้บริการ<br>☐ การประเมินและกำหนดแผนการดูแลล่าช้า<br>☐ อื่นๆระบุ.....<br>3. สาเหตุจากญาติ/ผู้ดูแล<br>☐ ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ได้ร่วมวางแผนเตรียมความพร้อม<br>☐ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีปัญหาการเงิน<br>☐ ไม่มีผู้ดูแล<br>4. สาเหตุจากระบบ<br>☐ ขั้นตอนการตรวจ lab ช้า<br>☐ ขาดอุปกรณ์ในการรักษา<br>☐ อื่นๆระบุ..... | | | | |

# แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance Record Form)

| | |
|---|---|
| โรงพยาบาล..... | ชื่อ.....สกุล..... HN.....AN.....ตึก.....โรค.....<br>วันที่ Admit.....วันที่ D/C .....ระยะเวลานอน ร.พ. .....วัน ค่าใช้จ่าย..... |
| แพทย์เจ้าของไข้..... | พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)..... |

| ปัญหาที่พบ | Stabilized Phase<br>หลังจำหน่าย - 6 เดือน ปัญหาและการจัดการ | Stable Phase (Recovery Phase)<br>6 เดือน – 1 ปี ปัญหาและการจัดการ |
|---|---|---|
| 1. สาเหตุจากผู้ป่วย<br>☐ อาการทางจิตไม่สงบ/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา<br>☐ ปฏิเสธการรักษา<br>☐ อื่นๆระบุ.....<br>2. สาเหตุจากการให้บริการ<br>☐ ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง<br>☐ อื่นๆระบุ.....<br>3. สาเหตุจากญาติ/ผู้ดูแล<br>☐ ญาติกลัวผู้ป่วย/ไม่ยอมรับผู้ป่วย.....<br>☐ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีปัญหาการเงิน<br>☐ ไม่มีผู้ดูแล<br>☐ อื่นๆระบุ.....<br>4. สาเหตุจากระบบ<br>☐ การส่งต่อข้อมูลล่าช้า<br>☐ อื่นๆระบุ..... | | |

## แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....
เลขบัตรประชาชน.....การศึกษา.....อาชีพ.....ศาสนา.....
สถานภาพ.....สิทธิการรักษา ☐ ประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม ☐ ท.74 ☐ เบิกได้
วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย.....ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน.....
วันที่รับไว้ครั้งนี้.....รับไว้ครั้งที่.....
อาการนำส่ง.....
ชื่อ-สกุลผู้ดูแล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....
หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน.....
วันที่จำหน่าย.....รวมวันนอนในโรงพยาบาล.....วัน
ที่อยู่หลังจำหน่าย.....
ผลคะแนนจากการประเมิน BPRS = ..... CGI-S = ..... GAF =..... 9Q =..... 8Q =.....
Stage of change ระดับ.....
Home Medication.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....
สรุปปัญหาที่ส่งต่อเครือข่าย.....
.....
.....
การรับบริการหลังจำหน่าย ☐ รับยาใกล้บ้าน (ระบุสถานที่).....
☐ รับยาต่อเนื่องที่สถาบัน/รพจ. นัดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ความยินยอมของญาติในการส่งต่อข้อมูล/การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน
☐ ยินยอม..... ☐ ไม่ยินยอม.....

ลงชื่อ.....
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ-สกุล ผู้สรุป.....หน่วยงาน.....

**หมายเหตุ** แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย สามารถปรับหรือใช้แบบส่งต่อของหน่วยงานเองได้

## ➢ แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ที่ไม่มีคดี

# แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช

**ชื่อผู้ป่วย**_____ **H.N.**_____ **จำหน่ายเมื่อวันที่** _____
**ที่อยู่** _____ **โทรศัพท์** _____

1. ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
   ☐ พบ วันที่พบผู้ป่วย..... ☐ ไม่พบ เนื่องจาก.....
2. การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่
   2.1 ด้านการรับประทานยาทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง
   ☐ มีอาการแพ้ยา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ
   ☐ อื่นๆ
   2.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุรา ยาบ้า ยาบำรุงกำลัง ฯลฯ)
   ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ
   2.3 ด้านการดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ มีความสามารถจัดการความเครียด (มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี่ยงสถานการณ์ชั่วคราว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)
   ☐ มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า
   ☐ อาการเหมือนคนปกติ ☐ นอนตลอดทั้งวัน ☐ ยังมีหลงผิด ☐ ยังมีประสาทหลอน หูแว่ว
   ☐ พูดหัวเราะคนเดียว ☐ ซึม แยกตัว ไม่พูด ☐ ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด
   ☐ อื่นๆ
   2.4 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้แต่ต้องคอยบอก ☐ ทำไม่ได้เลย
   ☐ อื่นๆ
   2.5 ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ปรับตัวเข้ากับสมาชิกในครอบครัวได้ ☐ นอนหลับได้
   ☐ ทำงานได้ ☐ ทำงานไม่ได้ ☐ ไม่มีงานทำ
   ☐ สังเกตอาการเตือนได้ (กระสับกระส่าย เครียด กังวล นอนไม่หลับ นอนมาก แยกตัวเอง)
   2.6 ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล.....
3. การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่.....
   .....
4. ปัญหา และอุปสรรคในการติดตามดูแลต่อเนื่อง.....
   .....

ผู้แจ้งผล.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....วันที่แจ้งข้อมูล.....
ชื่อหน่วยงานนำส่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

## แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ที่มีคดี

## แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D-METHOD

### 1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

#### 1.1 ความเข้าใจ การยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตเวชและการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเวช

ผู้ป่วย.....

.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

.....

#### 1.2 ความเข้าใจและการยอมรับการรักษาทางจิตเวช

ผู้ป่วย.....

.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

.....

#### 1.3 ที่อยู่อาศัย/เศรษฐกิจ / สิทธิบัตร

ระบุบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่.....หรือ ☐ อยู่คนเดียว

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ.....

#### 1.4 ความเข้าใจ และเป้าหมายของการรักษา

ผู้ป่วย.....

.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

.....

#### 1.5 การดำเนินชีวิตประจำวันด้านสุขภาพ

ผู้ป่วย.....

.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

.....

#### 1.6 การมาตรวจตามนัด/การรักษาต่อเนื่อง.....

.....

#### 1.7 ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร/สิ่งเสพติด.....

.....

### 1.8 สรุปจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

D ☐ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา

M ☐ ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช

E ☐ ความรู้เรื่องการดูแลที่อยู่อาศัย/ เศรษฐกิจ / สิทธิบัตร

T ☐ ความรู้ ความเข้าใจในเป้าหมายการรักษาและทักษะตามแผนการบริการ

H ☐ การดำเนินชีวิตประวันด้านสุขภาพ

O ☐ ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตรวจตามนัดและการรักษาต่อเนื่อง

D ☐ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาหาร สารเสพติดที่มีผลต่อการเจ็บป่วย

## 2. การให้บริการ

☐ ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา

☐ ให้ความรู้เรื่องการดูแล/ปฏิบัติตัว

☐ ให้ข้อมูลการบริการที่จะได้รับ/แผนการพยาบาล

☐ ทำจิตบำบัดแบบประคับประครองรายบุคคล/กลุ่ม

☐ ให้ข้อมูลการใช้สิทธิบัตร /ค่าใช้จ่าย

☐ ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขหลังจำหน่าย

☐ การบำบัดครอบครัว

☐ ประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ

☐ วางแผนด้านการประกอบอาชีพ/ที่อยู่หลังจำหน่าย

☐ ประสานสาธารณสุขในการเตรียมชุมชน

☐ เตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วย

☐ ประสานสาธารณสุขในการติดตามหลังจำหน่าย

☐ ลงพื้นที่เตรียมครอบครัว/ชุมชนวันที่

☐ ติดตามหลังจำหน่ายตามระบบบริการนิติจิตเวช

☐ วางแผนตรวจ/ติดตามในเรือนจำ

☐ ประสานการดูแลกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์

☐ ประสานเรือนจำในการติดตามดูแลหลังจำหน่าย

☐ ติดตามผลการดำเนินคดีจากพนักงานสอบสวนหลังจำหน่าย

☐ อื่นๆ ระบุ

**3. สรุปรายงานความก้าวหน้า**.....

.....

ผู้บันทึก.....

## แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
## กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำ

**ชื่อผู้ป่วย**_____ **H.N.**_____ **จำหน่ายวันที่**_____
**เรือนจำ** _____

1. สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย.....
.....
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล.....
3. การดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตที่พบ
   3.1 ด้านการดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   - ☐ มีความสามารถจัดการความเครียด (มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี่ยงสถานการณ์ชั่วคราว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)
   - ☐ มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า
   - ☐ อาการเหมือนคนปกติ ☐ นอนตลอดทั้งวัน ☐ ยังมีหลงผิด ☐ ยังมีประสาทหลอน หูแว่ว
   - ☐ พูดหัวเราะคนเดียว ☐ ซึม แยกตัว ไม่พูด ☐ ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด
   - ☐ อื่นๆ .....

   3.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุรา ยาบ้า ยาบำรุงกำลัง ฯลฯ)
   - ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....

   3.3 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   - ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้แต่ต้องคอยบอก ☐ ทำไม่ได้เลย
   - ☐ อื่นๆ .....

   3.4 ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   - ☐ ปรับตัวเข้ากับผู้ต้องขังอื่นในเรือนจำได้ ☐ นอนหลับได้
   - ☐ ทำงานได้ ☐ ทำงานไม่ได้ ☐ ไม่มีงานทำ
   - ☐ สังเกตอาการเตือนได้ (กระสับกระส่าย เครียด กังวล นอนไม่หลับ นอนมาก แยกตัวเอง)
4. การรักษาต่อเนื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   - ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง เพราะ.....
   - ☐ มีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ
   - ☐ อื่นๆ .....

   ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล.....
5. การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และชุมชน.....
6. ปัญหา และอุปสรรคในการติดตามดูแล.....

ผู้แจ้งผล.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
โทรศัพท์..... วันที่แจ้งข้อมูล.....
ชื่อหน่วยงานนำส่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

## แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
## กรณีจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

**ชื่อผู้ป่วย**_____ **H.N.**_____ **จำหน่ายเมื่อวันที่** _____

**ที่อยู่** _____ **โทรศัพท์** _____

1. ผลการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
   ☐ พบ วันที่พบผู้ป่วย..... ☐ ไม่พบ เนื่องจาก.....
2. การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ( ด้าน ยา สุขภาพจิต กิจวัตร ปรับ เตือน )
   2.1 ด้านการรับประทานยาทางจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง
   ☐ มีอาการแพ้ยา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ
   ☐ อื่นๆ.....
   2.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุรา ยาบ้า ยาบำรุงกำลัง ฯลฯ)
   ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....
   2.3 ด้านการดูแลสุขภาพจิต/อาการทางจิตของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ มีความสามารถจัดการความเครียด (มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี่ยงสถานการณ์ชั่วคราว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)
   ☐ มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า
   ☐ อาการเหมือนคนปกติ ☐ นอนตลอดทั้งวัน ☐ ยังมีหลงผิด ☐ ยังมีประสาทหลอน หูแว่ว
   ☐ พูดหัวเราะคนเดียว ☐ ซึม แยกตัว ไม่พูด ☐ ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด
   ☐ อื่นๆ.....
   2.4 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้แต่ต้องคอยบอก ☐ ทำไม่ได้เลย
   ☐ อื่นๆ.....
   2.5 ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   ☐ ปรับตัวเข้ากับสมาชิกในครอบครัวได้ ☐ นอนหลับได้
   ☐ ทำงานได้ ☐ ทำงานไม่ได้ ☐ ไม่มีงานทำ
   ☐ สังเกตอาการเตือนได้ (กระสับกระส่าย เครียด กังวล นอนไม่หลับ นอนมาก แยกตัวเอง)
   2.6 ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล.....
3. การให้ความช่วยเหลือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่.....
   .....
4. ปัญหา และอุปสรรคในการติดตามดูแลต่อเนื่อง.....
   .....

ผู้แจ้งผล.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....วันที่แจ้งข้อมูล.....
ชื่อหน่วยงานนำส่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

# แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

## ( Serious Mental Illness with High Risk to Violence )

หน่วยงาน .....

รายงานประจำเดือน .....( ระหว่างวันที่ .....ถึงวันที่..... ) ปีงบประมาณ .....

| (1) | (2) | (3) | | | (4) | | | (5) | | | | (6) | (7) | | | | (8) | | | | | (9) | | | | | (10) | (11) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| วันที่ ป/ด/ว | ID เลข 13 หลัก | คำนำหน้า | ชื่อ | นามสกุล | รหัสวินิจฉัย(ICD-10) | | | ปัญหา SMI-V | | | | มีคดีหรือไม่ | วัตถุประสงค์ของการนำส่งผู้ป่วยคดีตามมาตรา | | | | ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | | | | | ที่อยู่ปัจจุบัน | | | | | เบอร์โทรศัพท์ | ชื่อสถานบริการที่ส่งรักษาต่อเนื่อง |
| | | | | | โรคหลัก | โรคร่วม | โรคแทรก | 1 | 2 | 3 | 4 | | 14 | 48 | 56 | เรือนจำ | บ้านเลขที่ | หมู่ที่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | บ้านเลขที่ | หมู่ที่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**คำอธิบายและรายละเอียดของแต่ละช่อง**

(1) วันที่เข้ารับการรักษา : วันที่เข้ารับการรักษาและพบข้อมูล SMI-V

(2) ID เลข 13 หลัก : เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย

(3) ชื่อ -สกุล : ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย

(4) รหัสวินิจฉัย (ICD-10) : รหัสวินิจฉัย ตาม ICD-10 ผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก

(5) ปัญหา SMI-V:
1. หมายถึงมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. หมายถึงมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
3. หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. หมายถึงเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

(6) มีคดีหรือไม่ : ผู้ป่วยมีคดีขณะมารับบริการรักษาหรือไม่ 0 = ไม่มีคดี 1 = มีคดี

(7) ผู้ป่วยคดีตามมาตรา : มาตรา 14 หมายถึงศาลหรือพนักงานสอบสวนส่งมาตรวจสภาพจิตหรือบำบัดรักษาหรือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

มาตรา 48 หมายถึง ศาลส่งมาบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเนื่องจากเห็นว่าผู้มีจิตบกพร่องโรคจิต ฯลฯ หากปล่อยตัวออกไปจะไม่ปลอดภัยต่อสังคม

มาตรา 56 หมายถึง เป็นคดีที่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษศาลตัดสินมีความผิดแต่รอการลงโทษ มีเงื่อนไขคุมประพฤติ

เรือนจำ หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา

(8) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

(9) ที่อยู่ปัจจุบัน : ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้

(10) เบอร์โทรศัพท์ : เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อผู้ป่วย หรือญาติ

(11) ชื่อสถานบริการที่ส่งรักษาต่อเนื่อง :ชื่อสถานบริการที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง

**หมายเหตุ** กลุ่มเป้าหมายการเก็บข้อมูลทุกโรคจิตเวชโดยให้ระบุรหัสวินิจฉัยทุกโรคจิตเวชที่เข้าเกณฑ์ตามข้อ SMI-V อย่างน้อย 4 digit ICD-10 (F0x..x – F99.x)

# ภาคผนวก ค

## รายนามผู้พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

**ระยะที่ 1** ประชุมพิจารณากรอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต วันที่ 7 ตุลาคม 2559 ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต และวันที่ 14 ตุลาคม 2559 ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 2 กรมสุขภาพจิต

## วิทยากร

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 2. | นางเสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. | นายแพทย์มงคล | ศิริเทพทวี | รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |

## ผู้เข้าร่วมประชุม

### โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. | แพทย์หญิงพิชญา | วัฒนการุณ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 5. | นางกังสดาล | จิรอุไรพงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 6. | นางสาวปราณีต | ชุ่มพุทรา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 7. | นายณภัทร | วรากรอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 8. | นางสาวสวัสดิ์ | เที่ยงธรรม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. | นางจิตรา | จินารัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 10. | นางสุภัทรา | ก้อนคำดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11. | ดร.นพรัตน์ | ไชยชำนิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 12. | นางโสภา | มุสิโก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |

### สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13. | นางสุดสาคร | จำมั่น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 14. | นายชาติชาย | ทันศึก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15. | นางสาวชิดชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 16. | นางสาวอุษา | ลิ่มชิ้ว | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| 17. | นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษวงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 18. | นางสาวชนิกรรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 19. | นางสาวจินตนา | กันทนงค์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 20. | นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 21. | นางสาวชลลดา | จารุศิริชัยกุล | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 22. | นายวีร์ | เมฆวิลัย | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ |
| 23. | นางพาริณี | ปลัดปกครอง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |

**ระยะที่ 2** ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต และจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway /Care Map) วันที่ 28 – 29 พฤศจิกายน 2559 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯและวันที่ 22 – 23 กุมภาพันธ์ 2560 ณ โรงแรมบัดดี้ โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ จังหวัดนนทบุรี

## วิทยากร

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | รศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. | นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. | นางเสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 4. | นางสาวประหยัด | ประภาพรหม | พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 7. | ดร.นพรัตน์ | ไชยชำนิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |

## ผู้เข้าร่วมประชุม

### โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. | แพทย์หญิงกนกกาญจน์ | วิโรจน์อุไรเรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 9. | นางอัมพร | สีลากุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 10. | นางจิตรา | จินารัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 11. | นางวัชราภรณ์ | ลือไธสงค์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 12. | นางณัฐิยา | ชมพูบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13. | นายอัตถพงศ์ | ถนิมพาสน์ | นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ |
| 14. | นางโสภา | มุสิโก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 15. | นางวันทนา | ทิพย์มณเฑียร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 16. | นางสาวพรทิพย์ | โพธิครูประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 17. | ว่าที่ร้อยตรีวิษณุ | ครึ่งธิ | นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ |

### โรงพยาบาลศรีธัญญา

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18. | นางสาวรุ่งทิวา | เกิดแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 19. | นางรวิวรรณ | เติมวาณิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### โรงพยาบาลสวนปรุง

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20. | นางสาวมธุริน | คำวงศ์ปิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. | แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ | ตรีสุวรรณวัฒน์ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| 22. | นางสาวเบญจวรรณ | สามสาลี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 23. | นางสุดสาคร | จำมั่น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

| | | | |
|---|---|---|---|
| 24. | นางเพลิน | เสี่ยงโชคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 25. | นางลูกจันทร์ | วิทยาถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 26. | นางกนกวรรณ | บุญอริยะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 27. | นางสาวพิมพ์ชนา | ศิริเหมอนันต์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 28. | นางฐิตารีย์ | เอียตระกูลไพบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 29. | นางสาวสำราญ | อยู่หมื่นไวย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 30. | นางสาวปริยา | ปราณีตพลกรัง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 31. | นางประกาวัน | บุญคืน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 32. | นางสาวศศิภรณ์ | แพงยา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 33. | นางศิริวรรณ | ฤกษ์ธนะขจร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 34. | นายไพรวัลย์ | ร่มซ้าย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 35 | นายพรดุสิต | คำมีสีนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 36. | นางปรารถนา | คำมีสีนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 37. | นางวชิราภรณ์ | วงศ์วิวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 38. | นางสาวมีนา | นุ้ยแนบ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 39. | นางสุนันทา | พลเดชาสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 40. | นางสาวประภารัตน์ | ลาวัลย์ศิริ | เภสัชกรชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 41. | นางศรัณยา | ทองจีน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 42. | นายทรงภพ | ขุนเมือง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 43. | นายลวิญญ์วิชญพงศ์ | ภูมิจีน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

| | | | |
|---|---|---|---|
| 44. | นางสาวชิดชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 45. | นางสาวอุษา | ลิ่มซิ้ว | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| 46. | นางสาวชนิกรรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 47. | นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 48. | นายวีร์ | เมฆวิลัย | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ |
| 49. | นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 50. | นางสาวชลลดา | จารุศิริชัยกุล | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 51. | นางพาริณี | ปลัดปกครอง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| 52. | นางสาวนารีรัตน์ | พิศหนองแวง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 53. | นางสาวชุรีภรณ์ | เสียงล้ำ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 54. | นายกฤตเมธ | ตุ้มฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ |
| 55. | นายวีระยุทธ | มายุศิริ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |
| 56. | นางณฐิณี | พลถาวร | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ |
| 57. | นางสาวภรณ์ทิพย์ | เชิดชูสุวรรณ | นักจัดการงานทั่วไป |

**ระยะที่ 3** ประชุมปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
วันที่ 15 – 17 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

## วิทยากร

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | รศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. | นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. | นางเสาวลักษณ์ | สุวรรณไมตรี | รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

## ผู้เข้าร่วมประชุม

### โรงพยาบาลสวนปรุง

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. | นางสาวประหยัด | ประภาพรหม | พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ |
| 5. | นางกรองจิตต์ | วงศ์สุวรรณ | นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ |
| 6. | นางสาวธิดารัตน์ | ศรีสุโข | นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ |
| 7. | นางสาวมธุริน | คำวงศ์ปิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

### โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8. | นายอัตถพงศ์ | ถนิมพาสน์ | นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ |
| 9. | ดร.นพรัตน์ | ไชยชำนิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 10. | นางโสภา | มุสิโก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 11 | นางสาวปราณี | เชษขุนทด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 12. | ว่าที่ร้อยตรีวิษณุ | ครึ่งธิ | นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ |

### สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13. | นางเพลิน | เสี่ยงโชคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 14. | นางลูกจันทร์ | วิทยาถาวรวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 15. | นางกนกวรรณ | บุญอริยะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 16. | นางสาวพิมพ์ชนา | ศิริเหมอนันต์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 17. | นายองอาจ | เชียงแขก | นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ |

### โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18. | แพทย์หญิงกนกกาญจน์ | วิโรจน์อุไรเรือง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 19. | นางสาวธีรภา | ธานี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 20. | นางวัชราภรณ์ | ลือไธสงค์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 21. | นางสาวิตรี | พละบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลศรีธัญญา

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. | นางสาวรุ่งทิวา | เกิดแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 23. | นางระวิวรรณ | เติมวาณิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 24. | นางสาวอนงค์นุช | ศาโศรก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 25. | นายสุภกิจ | ดำรงพิวัฒน์ | เภสัชกรชำนาญการ |
| 26. | นางสาวสาลินี | ศุภสุนทรศิริ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |

## สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27. | นางสิริรัตน์ | หิรัญวัฒนะนาวิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 28. | นางศิริวรรณ | ฤกษ์ธนะขจร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 29 | นายพรดุสิต | คำมีสีนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 30. | นางปรารถนา | คำมีสีนนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 31. | นางสาวยุพิน | สีกงพลี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 32. | นางสาวสำราญ | อยู่หมื่นไวย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 33. | นางสาวปราณีต | ชุ่มพุทรา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 34. | นางสาวปริยา | ปราณีตพลกรัง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 35. | นางจิรัฐิติกาล | ดวงสา | นักโภชนาการชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 36. | นางสาวมีนา | นุ้ยแนบ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 37. | นางศรัณยา | ทองจีน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 38. | นางสาวสรินดา | น้อยสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 39. | นางณภาลัย | ไชยะโอชะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 40. | นายอัชฌา | หร่ายลอย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 41. | นางทิพย์พธู | จันทร์เรืองทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 42. | นายวรสันต์ | แผ่นพรหม | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

## โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 43. | นางสุนันทา | พลเดชาสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 44. | นางสาวกรรณิกา | อักษรทอง | นักจิตวิทยาคลินิก |

## โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

| | | | |
|---|---|---|---|
| 45. | นายทรงภพ | ขุนเมือง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 46. | นางสาวอรวรรณ | แก้วอนันต์ | นักสังคมสงเคราะห์ |

## สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

| | | | |
|---|---|---|---|
| 47. | นางสาวชิดชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 48. | นางสาวอุษา | ลิ่มชิ้ว | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| 49. | นางสาวชนิกรรดา | ไทยสังคม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 50. | นางสาวธนเนตร | ฉันทลักษณ์วงศ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ |
| 51. | นายวีร์ | เมฆวิลัย | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ |
| 52. | นางสาวพัชรินทร์ | ศิริวิสุทธิรัตน์ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| 53. | นางสาวชลลดา | จารุศิริชัยกุล | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 54. | นางสาวนารีรัตน์ | พิศหนองแวง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 55. | นางสาวชุรีภรณ์ | เสียงล้ำ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 56. | นายกฤตเมธ | ตุ้มฉาย | นักเทคโนโลยีสารสนเทศ |
| 57. | นายวีระยุทธ | มายุศิริ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |
| 58. | นางสาวสุวิมล | อู่เงิน | พนักงานพิมพ์ ส.3 |
| 59. | นางสาวภรณ์ทิพย์ | เชิดชูสุวรรณ | นักจัดการงานทั่วไป |

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH