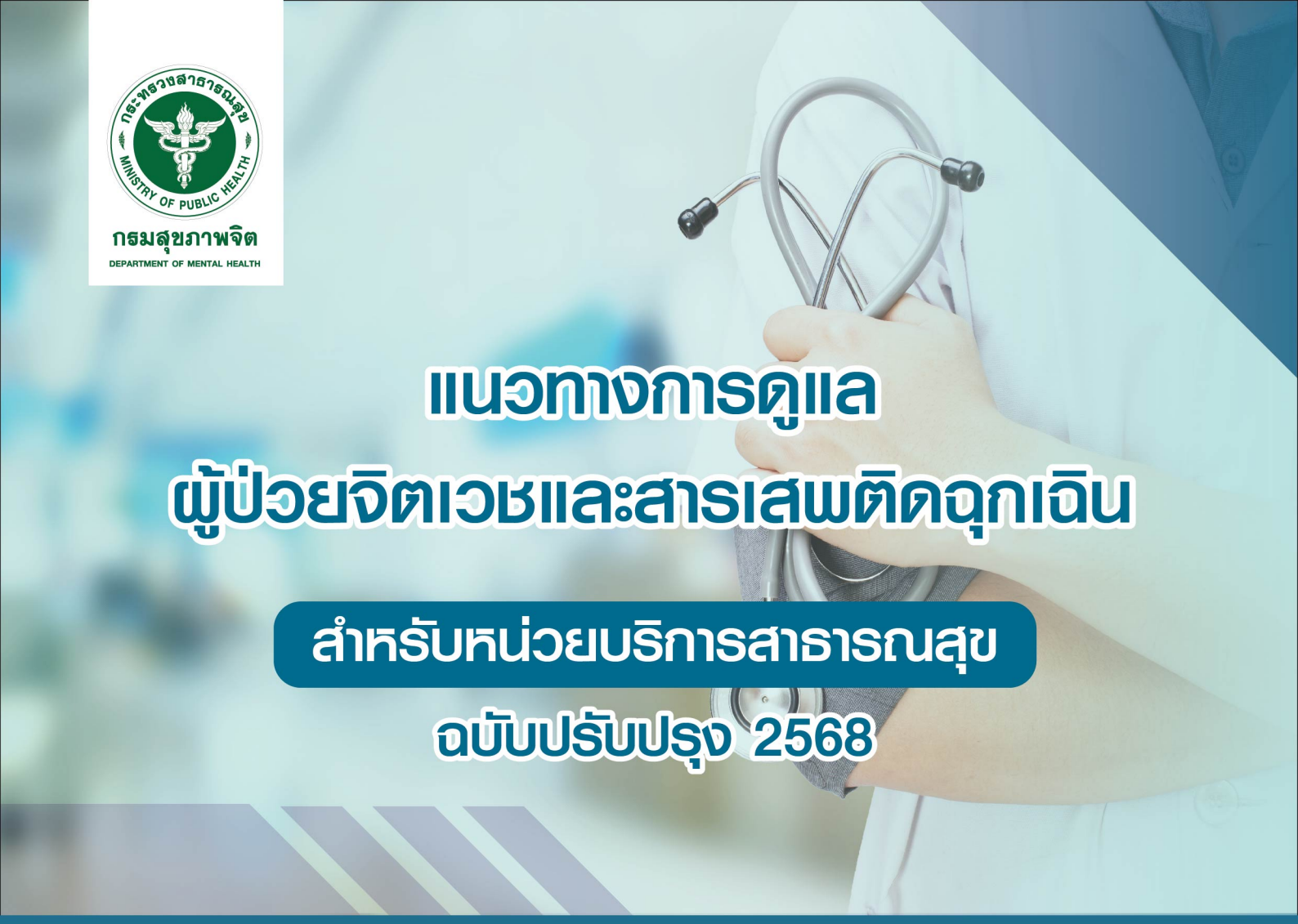
กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



แนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข

ฉบับปรับปรุง 2568

Acute Care

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต

แนวทางการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข

ฉบับปรับปรุง 2568

Acute Care

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต

ชื่อหนังสือ **แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน (Acute Care)**
สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568

ISBN 978-616-11-5429-5

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์		อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา		รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงณิชาภา สวัสดิกานนท์		รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์		ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
แพทย์หญิงวรินทิพย์ สว่างศรี		รองผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการขภาพจิต

ทีมบรรณาธิการ

นางวีณา บุญแสง		กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นายนภัทร วรากรอมรเดช		โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
ดร.วีร์ เมฆวิลัย		กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นางสาวพรรณภัทร โฮ่กุล		กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

จัดทำโดย กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2568 จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด

คำนิยม

ปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติดในปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญ นำมาซึ่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย อีกทั้งส่งผลถึงการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง หนึ่งในความท้าทายที่สำคัญในวงการสาธารณสุข คือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องถูกนำส่งเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งระหว่างที่รับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาลอาจเกิดสถานการณ์รุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมหรือเป็นอันตรายทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ หรือญาติผู้ป่วยได้

ดังนั้นความปลอดภัยในสถานพยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกัน ควรมีแนวทางในการจัดการสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพและมนุษยธรรม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ตลอดจนช่วยสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในระบบบริการสุขภาพของประเทศ

การจัดทำคู่มือ “แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568” เล่มนี้ เป็นอีกก้าวสำคัญที่สะท้อนถึงความมุ่งมั่นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรทุกระดับ โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมาตรฐาน การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างถูกต้องเหมสะสมด้วยมาตรฐานทางวิชาชีพและมีมนุษยธรรมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง คู่มือฯ เล่มนี้นำเสนอแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและผ่านการออกแบบมาให้เหมาะสมกับการใช้งานในสถานการณ์จริง เพื่อให้สามารถดูแลและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ผมขอขอบคุณในความพยายามและความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมมือร่วมใจกันรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ ถ่ายทอดออกมาอย่างเป็นระบบ เป็นผลงานที่มีคุณค่าสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงหรือภาวะฉุกเฉิน เนื้อหาครอบคลุมทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ เป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุดท้ายนี้ ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฯ เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและบุคลากร ตลอดจนเป็นแรงบันดาลใจในการต่อยอดพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

(นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

คำนำ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของญาติ/ครอบครัวและชุมชนในการดูแลช่วยเหลือได้ ให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยเริ่มจากการสังเกตและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด กลุ่มเสี่ยงในชุมชน การประสานบุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อสม. แกนนำชุมชน มูลนิธิฯ กู้ชีพ อบต. อปท. การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ เป็นต้น เพื่อนำส่งผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินจากชุมชนมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของหน่วยบริการสาธารณสุข การดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยใน รวมทั้งการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทางด้านจิตเวชและสารเสพติด เพื่อการบำบัดรักษาดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ญาติ/ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งชุมชนและสังคม

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินนี้ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรง และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤตต่างๆได้

คณะทำงาน

สารบัญ

		หน้า
คำนิยม		**ก**
คำนำ		**ข**
สารบัญ		**ค**
สารบัญผังไหล		**จ**
สารบัญภาพ		**ฉ**
บทนำ		**1**
บทที่ 1	**ความรู้เรื่องจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน**	**4**
	พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)	4
	พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)	5
บทที่ 2	**กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุและสารเสพติดฉุกเฉิน**	**8**
	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน	10
	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)	12
	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)/ คลินิกจิตเวช	14
	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/ หอผู้ป่วยจิตเวช)	16
	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลธัญญารักษ์	18
บทที่ 3	**การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน**	**20**
	หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน	20
	การตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน	20
	การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	24
	1. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)	24
	2. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium)	28
	3. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & Substance Intoxication and Withdrawal)	29
	- การดูแลผู้ป่วยภาวะ Alcohol Intoxication	29
	- การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า (Amphetamine Intoxication)	32
	4. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)	36

บทที่ 4 การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกยึด (Restraints) **39**
สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนการจัดกัดพฤติกรรม 39
หลักการสำคัญในการจำกัดพฤติกรรม 39
ขั้นตอนการเตรียมก่อนเข้าผูกยึดผู้ป่วย (Physical Restraints) 40
เทคนิคการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดก้าวร้าวรุนแรง 43
การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน 44
การหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย(Break-away technique) 48
บรรณานุกรม **51**
ภาคผนวก **53**
ผนวก ก ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช 54
ผนวก ข อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction) 60
ผนวก ค แบบคัดกรอง/ แบบประเมิน/ แบบส่งตัวผู้ป่วย/ แบบตอบกลับ 63
ผนวก ง แนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล 72
ผนวก จ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 75

สารบัญ
ผังไหล

		หน้า
Flow chart 1	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินโดยครอบครัว/ ชุมชน	9
Flow chart 2	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)	11
Flow chart 3	การดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD ทั่วไป/ คลินิกจิตเวช)	13
Flow chart 4	การดูแลที่แผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/ หอผู้ป่วยจิตเวช)	15
Flow chart 5	แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน	17

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	8
ภาพที่ 2	การผูกยึดผู้ป่วยในท่านอน	39
ภาพที่ 3	การผูกยึดผู้ป่วยในท่านั่ง	40
ภาพที่ 4	วิธีการจับล็อกผู้ป่วย 1	42
ภาพที่ 5	วิธีการจับล็อคผู้ป่วย 2	42
ภาพที่ 6	วิธีการจับล็อคผู้ป่วยในท่านอน	42
ภาพที่ 7	ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน	45
ภาพที่ 8	แผนกฉุกเฉิน	45
ภาพที่ 9	ผ้าผูกยึด	46
ภาพที่ 10	เสื้อผูกยึดลำตัว	47
ภาพที่ 11	เก้าอี้ผูกยึด	47

บทนำ

สถานการณ์จิตเวชฉุกเฉินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต จากข้อมูลระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยรวมร้อยละ 89.76 แต่ยังพบว่าการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดยังอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 10.24 และ 13.76 ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับอาการทางจิตเวช (Dual Diagnosis) ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแลรักษาและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะจิตเวชฉุกเฉิน จากข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65) อยู่ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 58) และมีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เมื่อพิจารณาการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการใช้บริการสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 42 และ 28 ตามลำดับ) โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 22.5) เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 19.5) และเขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 15.8) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินที่เชื่อมโยงกับระบบบำบัดรักษาสารเสพติด และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง

สำหรับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2565) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 28,456 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 จากปีก่อนหน้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65) อยู่ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 58) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 22) เมื่อพิจารณาการกระจายตัวเชิงภูมิศาสตร์ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการใช้บริการสูงที่สุด (ร้อยละ 42) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 28) โดยเขตสุขภาพที่มีการใช้บริการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ร้อยละ 22.5 เขตสุขภาพที่ 10 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร) ร้อยละ 19.5 และเขตสุขภาพที่ 1 (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน) ร้อยละ 15.8

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นความท้าทายในระบบบริการสุขภาพจิต แม้โรคจิตเวชที่สำคัญจะมีอัตราการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น แต่กลุ่มผู้มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดยังเข้าถึงบริการได้น้อยมาก ขณะที่แนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเกินความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการดูแล สถานการณ์นี้มีปัจจัยสำคัญจากธรรมชาติของโรคจิตเวชที่มีลักษณะเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคจิตเภทและไบโพลาร์ที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ประกอบกับข้อจำกัดของระบบติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้พบปัญหาการขาดยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากการใช้สุราและสารเสพติด และความกดดันจากสภาพแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระการดูแลของครอบครัว และความปลอดภัยของชุมชน

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบครบวงจร โดยกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเป็น 2 กลุ่มหลัก สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีคดีประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงสูง การติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีคดีมี 1 แนวทาง คือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวยังมีข้อจำกัดที่ต้องพัฒนา ได้แก่ การบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภายนอกกรมสุขภาพจิต ระบบการแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การขับเคลื่อนการบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต รวมถึงการประสานความร่วมมือเชิงนโยบายกับเครือข่ายในพื้นที่ อาทิ ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาระบบเชื่อมต่อระหว่างสายด่วนสุขภาพจิต 1323 กับสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินยังประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการในแต่ละขั้นตอนของการดูแล ในขั้นการนำส่ง พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจยังขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณในการนำส่งผู้ป่วย ส่วนในขั้นการบำบัดรักษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพจิต การหมุนเวียนของบุคลากรส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล อีกทั้งยังประสบปัญหาด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ขณะที่ขั้นจำหน่ายผู้ป่วย พบปัญหาการขาดสถานที่รองรับและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสำคัญอีกประการคือทัศนคติเชิงลบของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมองผู้ป่วยจิตเวชในแง่ลบ เช่น มองว่าเป็น "คนบ้า" หรือเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือเข้าใกล้ ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาผู้ป่วยออกสู่ที่สาธารณะ การตีตราทางสังคมเช่นนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย และอาจส่งผลให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่เพียงแต่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน ในการทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ และสัญญาณเตือนทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินยังประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการในแต่ละขั้นตอนของการดูแล ในขั้นการนำส่ง พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจยังขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณในการนำส่งผู้ป่วย ส่วนในขั้นการบำบัดรักษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพจิต การหมุนเวียนของบุคลากรส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยในปี 2566 มีรายงานเจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายกว่า 300 ราย และมีเหตุการณ์ผู้ป่วยถูกทำร้ายในโรงพยาบาลหลายครั้ง สะท้อนถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและการขาดมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากร ขณะที่ขั้นจำหน่ายผู้ป่วย พบปัญหาการขาดสถานที่รองรับและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วย ปัญหาสำคัญอีกประการคือทัศนคติเชิงลบของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมองผู้ป่วยจิตเวชในแง่ลบ เช่น มองว่าเป็น "คนบ้า" หรือเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือเข้าใกล้ ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาผู้ป่วยออกสู่ที่สาธารณะ การตีตราทางสังคมเช่นนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย และอาจส่งผลให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่เพียงแต่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน ในการทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ และสัญญาณเตือนทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 1 ความรู้เรื่องจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

จิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากโรคจิตเวชหรือการใช้สารเสพติด อาการดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย โดยการประเมินอาการ/ พฤติกรรม และวางแผนดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้จิตเวชฉุกเฉิน แบ่งตามพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมี 2 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)
2) พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)

หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้ โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น มักจะมีองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide idea) พฤติกรรม ขู่ฆ่าตัวตาย (suicide threats) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide)

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลให้ตนเองเสียชีวิตด้วยฝีมือตนเอง

ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีความคิดและมีการวางแผนการกระทำร่วมด้วย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิต แต่ไม่สำเร็จ

การทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ให้เสียชีวิต

แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองที่ไม่รุนแรง ไม่ตั้งใจจะทำให้เสียชีวิต อาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อและต้องการความช่วยเหลือ

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed suicide) หมายถึง ผู้กระทำมีความคิดตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองและกระทำได้สำเร็จ

พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะแสดงออกถึงการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำพูด การกระทำหรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

สาเหตุ

1. โรคทางจิตเวช

1.1 โรคจิตเภท (schizophrenia) จะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินเสียงขู่จะทำร้าย สั่งให้ทำร้ายผู้อื่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย ทำให้เกิดความกลัวอย่างมาก และพยายามป้องกันตนเองจากอันตรายเหล่านั้น จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรง

1.2 โรคจิตเวชอื่นๆ (other psychiatic disoers) ได้แก่ โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder), โรคอารมณ์สองขั้วแมเนีย (bipolar mania), psychotic depression, บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders), โรคแพนิค (panic disorder), โรควิตกกังวล (another severe anxity diorders), post-traumatic stress disorder

2. โรคทางกาย

2.1 โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง (organic brain syndrome) เช่น ลมชัก เนื้องอก ฝีในสมอง สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

2.2 ภาวะผิดปกติจากการใช้สุรา ยา/ สารเสพติด โดยเฉพาะในระยะหยุด/ ถอน (withdrawal) ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ลุกลี้ลุกลน และเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

2.3 ความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (metabolic imbalance) ระบบต่อมไร้ท่อไม่สมดุล (endocrine imbalance) และโรคทางกายอื่นๆ เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน จากโรคหัวใจล้มเหลว ที่แสดงอาการก้าวร้าวจากภาวะเพ้อสับสน เป็นต้น

3. การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม

3.1 การใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงความก้าวร้าวอยู่เป็นประจำ เช่น บิดามารดาทะเลาะวิวาท ใช้กำลัง ใช้วาจาหยาบคาย ทำร้ายซึ่งกันและกัน เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าการใช้ความรุนแรงเป็นกลไกหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.2 ความเชื่อและค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม: อยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่มีความเชื่อและค่านิยมว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของคนที่มีพละกำลัง และเป็นหนทางที่ได้มาซึ่งพลังอำนาจ โดยเฉพาะผู้ชายจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีพละกำลังมากกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้ชายมีการแสดงความก้าวร้าวรุนแรงได้มากกว่าผู้หญิง

3.3 ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม: อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันในลักษณะต่างๆ เช่น ความยากจน ขาดแคลนอาหาร ไม่มีงานทำ ขาดโอกาสทางการศึกษา มีการแข่งขันแก่งแย่ง เป็นต้น จะทำให้ต้องดิ้นรน ต้องสู้ เพื่อการดำรงชีวิตและเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

พฤติกรรมรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด เป็นลักษณะคำพูดที่บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น ตะโกนส่งเสียงดังด้วยความโกรธ ด่าว่าคำหยาบคาย สาปแช่งอย่างรุนแรง ตะโกนว่ากล่าวดูถูก วิพากษ์วิจารณ์ ขู่ตะคอกผู้อื่นอย่างรุนแรง พูดด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ กระแทกกระทั้น ข่มขู่คุกคาม เป็นต้น

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง เช่น ชกตี หยิก ข่วน ดึงผม ใช้ศีรษะโขกพื้นผนัง ใช้กำปั้นชกกำแพง กรีดข้อมือ/ แขน กินยาเกินขนาด เป็นต้น

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น เช่น ชกต่อย ตบตี ใช้อาวุธ/ อุปกรณ์ต่างๆ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น โดยทำให้เกิดรอยข่วน บวม ฟกช้ำ กระดูกหัก มีบาดแผล เป็นต้น

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านสิ่งของ/ ทรัพย์สิน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ทุบทำลาย/ ขว้างปาข้าวของเครื่องใช้ เผาบ้าน เป็นต้น

พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพซึ่งมักเป็นบุคคลแรกที่เข้าไปประเมินและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะ และทำงานร่วมกันเป็นทีมด้วยความรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยและผู้อื่นได้ ทั้งนี้ ภาวะจิตเวชฉุกเฉินมีวิธีการประเมินอาการซึ่งสามารถศึกษาได้จาก ผนวก ก ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และบทที่ 3 การประเมินและการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

การประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเฉพาะรายที่มีประวัติทำร้ายตนเองรุนแรง มีประวัติก่อเหตุรุนแรงในชุมชน มีอาการหลงผิดที่มุ่งทำร้ายผู้อื่นเฉพาะเจาะจง หรือมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน หรือวางเพลิง

บุคลากรสุขภาพซึ่งมักเป็นด่านแรกในการเผชิญกับสถานการณ์รุนแรง จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมในการประเมินและจัดการสถานการณ์ การทำงานเป็นทีมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย บุคลากร และผู้อื่น ตลอดจนการป้องกันความเสียหายต่อทรัพย์สิน การมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินและจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทุกระดับ

หากพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง **เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence)** ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีภาวะอันตรายสูง และที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายสูง โดยมีเกณฑ์จำแนก ดังนี้

⇨ มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

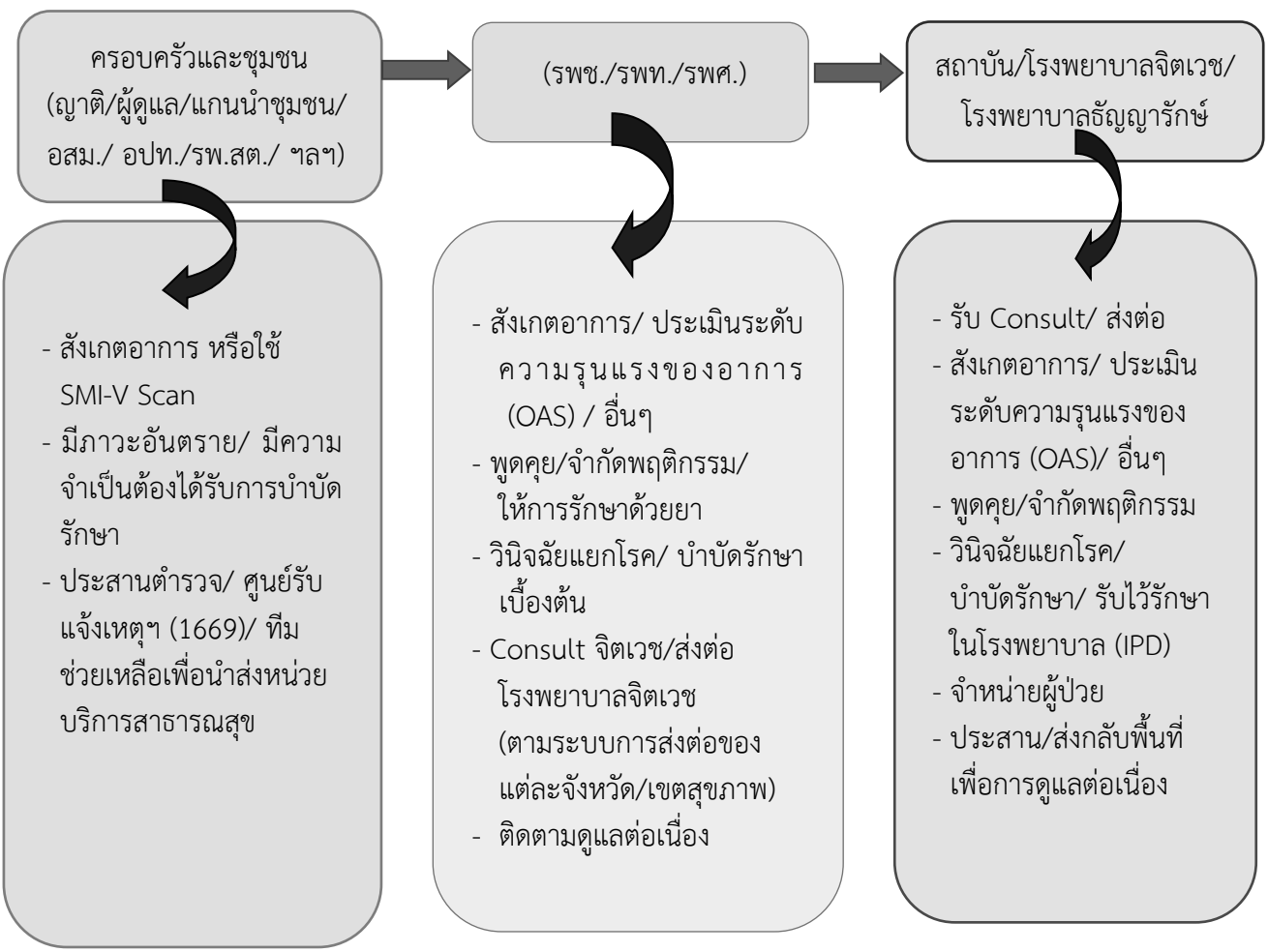
⇨ มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน

⇨ ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

⇨ เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

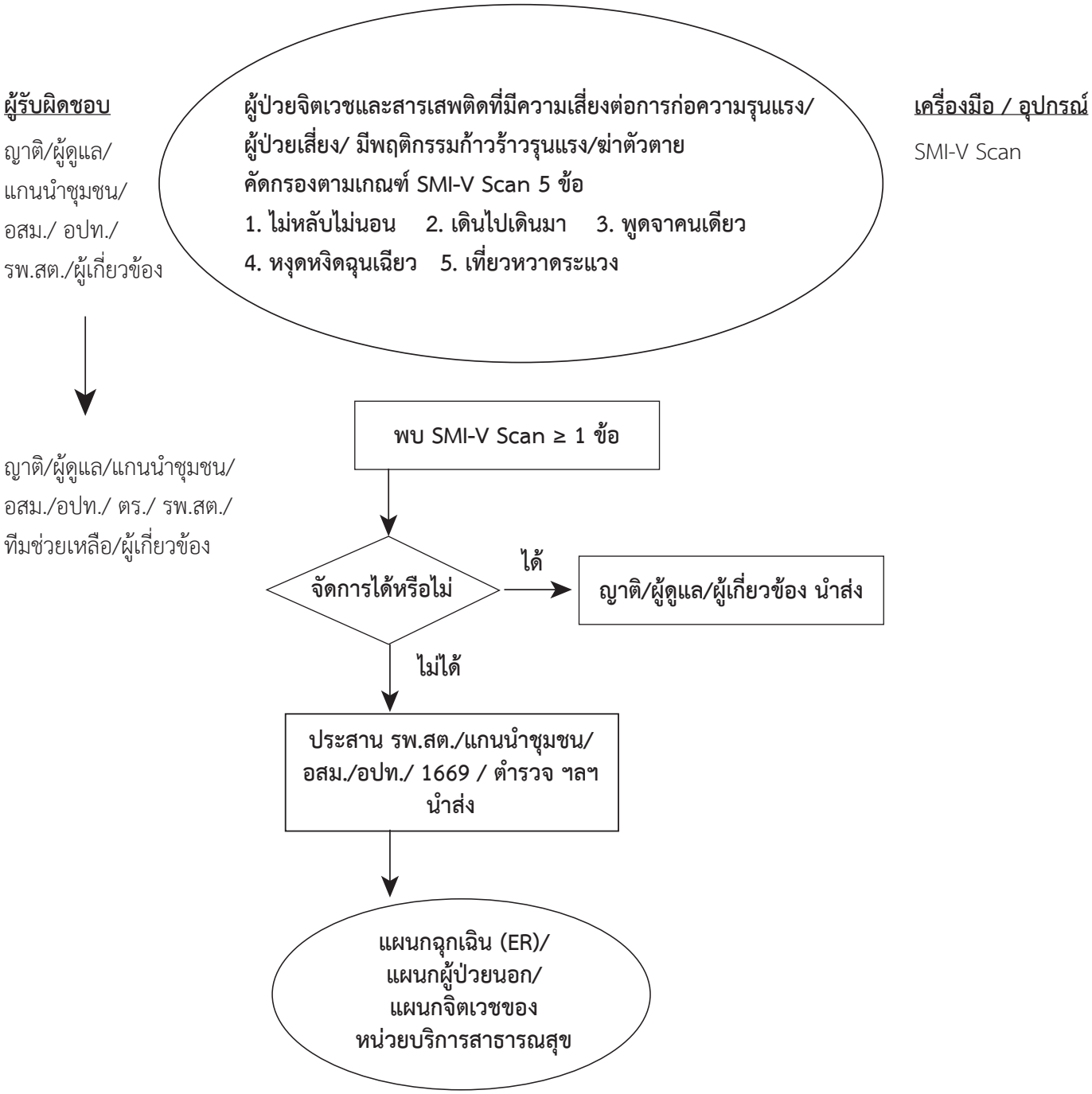
หมายเหตุ : *ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence)*

บทที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน



ภาพที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

Flow chart 1 **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน**



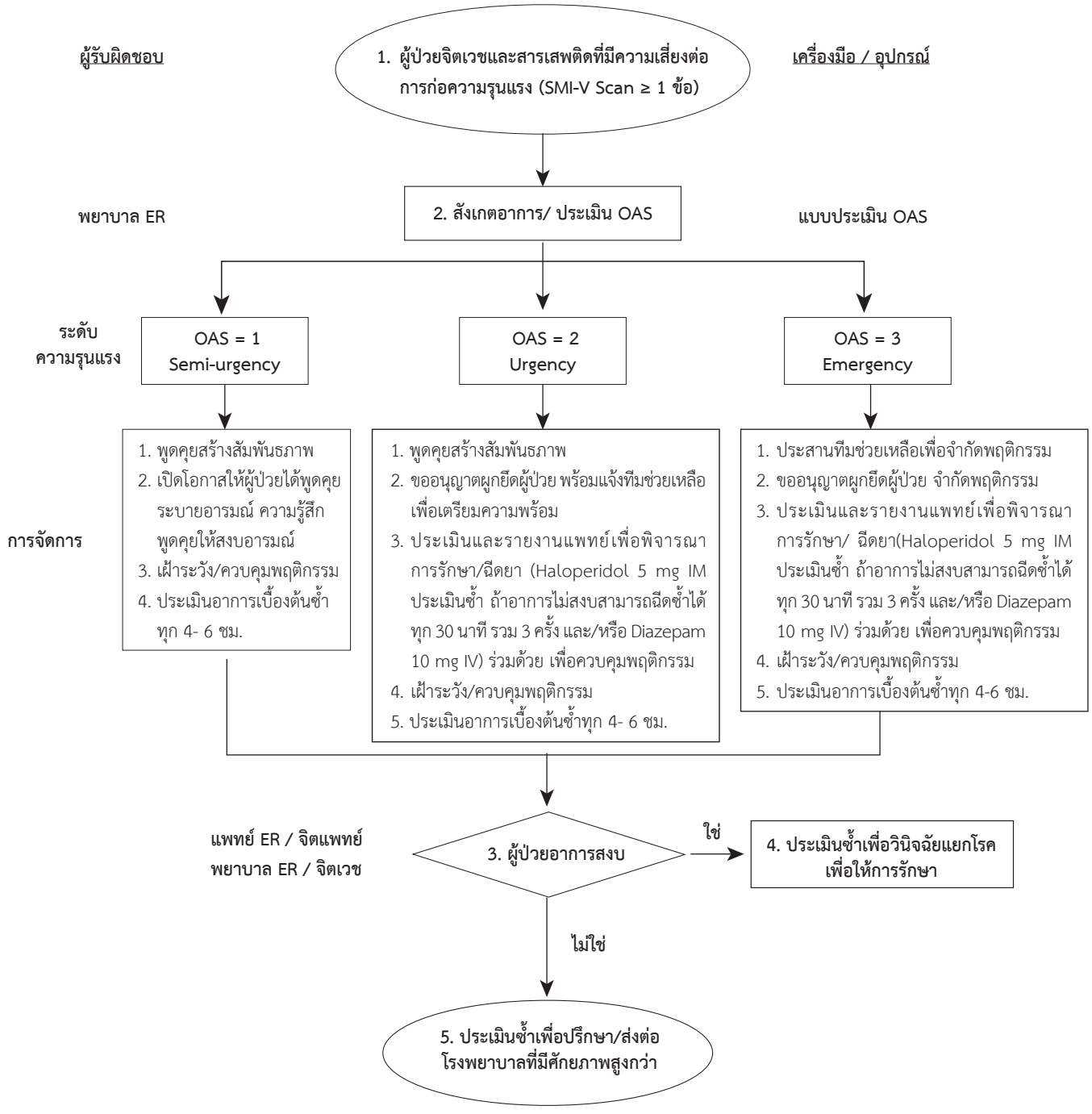
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน

ญาติ/ ผู้ดูแล แกนนำชุมชน/ อปท./รพ.สต./อสม./ ผู้เกี่ยวข้อง สังเกตผู้ป่วยมีความเสี่ยง/ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ ฆ่าตัวตาย เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ) หรือใช้ SMI-V Scan เป็นเครื่องมือในการสังเกต ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง (ผนวก ค หน้า 52)

ผลการประเมิน พิจารณาดังนี้

หากพบ 1 ความเสี่ยง จาก 5 สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) ครอบครัว/ชุมชน/ประชาชน ประเมินความพร้อมว่าสามารถจัดการนำส่งเข้าระบบบริการในสถานพยาบาลได้เองหรือไม่ หากไม่สามารถจัดการเองได้ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน เพื่อนำเข้าสู่ระบบบริการ โดยนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมิน วินิจฉัยโรค และได้รับการดูแลตามโรคและสภาพปัญหารายบุคคลต่อไป

Flow chart 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)

1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Scan ≥ 1 ข้อ) มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) พบ 1 ความเสี่ยง จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง

2. พยาบาล ER ประเมินสถานการณ์และอาการความรุนแรง โดยการสังเกตหรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ หากใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

- คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น

- คะแนน OAS = 2 หมายึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

- คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS ≥ 2) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล ER ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์เปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS ≤ 1) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล ER สามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น

5. พยาบาล ER ปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นหรือปรึกษาจิตแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา

6. การวินิจฉัยแยกโรคโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Electrolyte, BUN, Creatinine ถ้ามีประวัติดื่มสุราตรวจ LFT และอื่นๆตามแพทย์สั่ง ถ้าสงสัยการใช้สารเสพติดให้ส่ง Urine for substance และอื่น ๆ ตามแพทย์สั่งและให้การรักษา

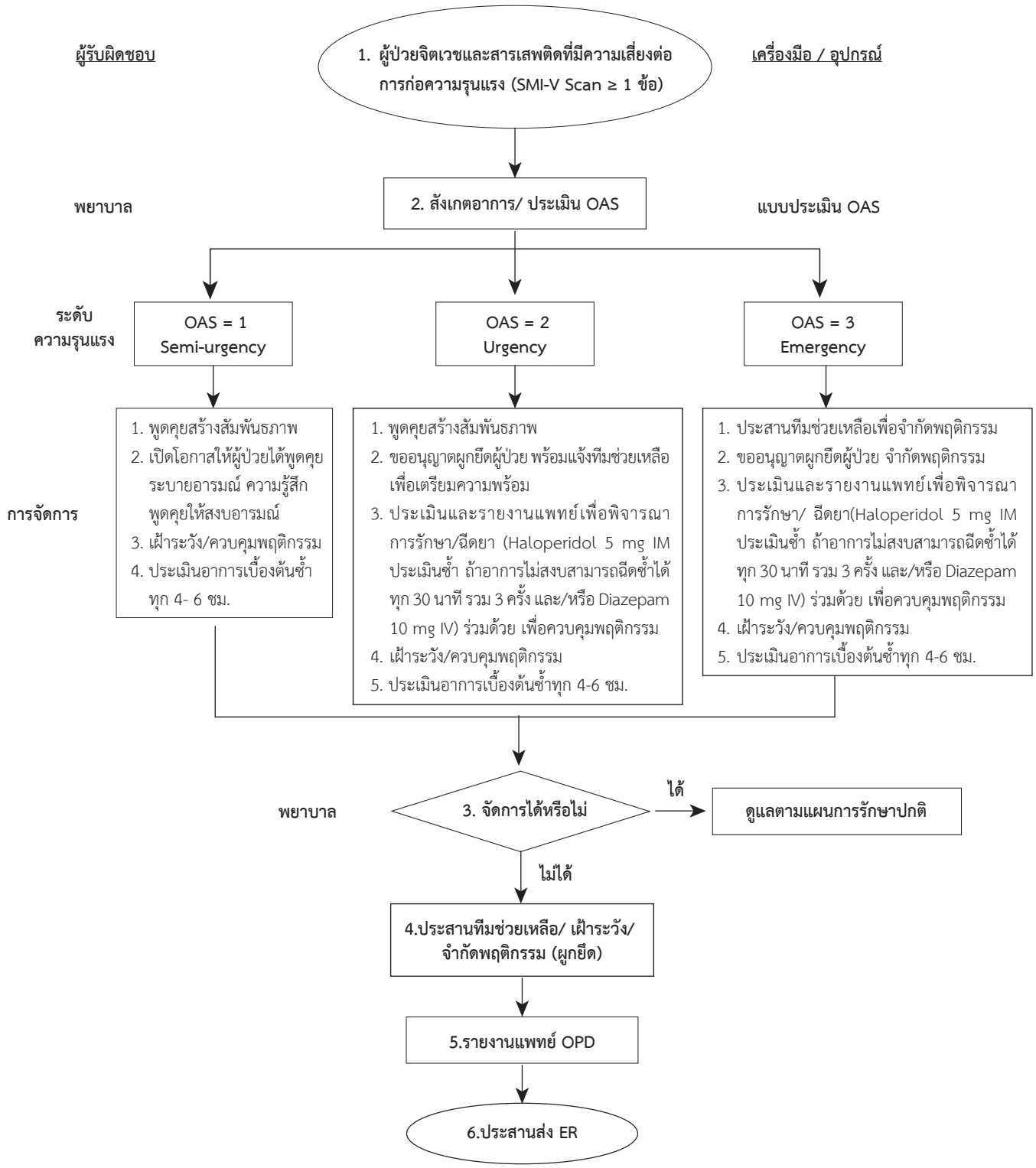
7. ประเมินอาการหลังให้การรักษา

- ถ้าอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แพทย์พิจารณารักษาแบบผู้ป่วยนอกและนัด ติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช

- ถ้าจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการ แพทย์พิจารณา admit พยาบาล ER ทำการ admit ผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยใน

- ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของหน่วยงาน แพทย์พิจารณาส่งต่อตามระบบการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ

Flow chart 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)/ คลินิกจิตเวช



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)/ คลินิกจิตเวช

1. ผู้ป่วยมารับบริการที่ OPD/ คลินิกจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Scan) พบ 1 ความเสี่ยง จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง

2. พยาบาล OPD/ คลินิกจิตเวช ประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยการสังเกต หรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ หากใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

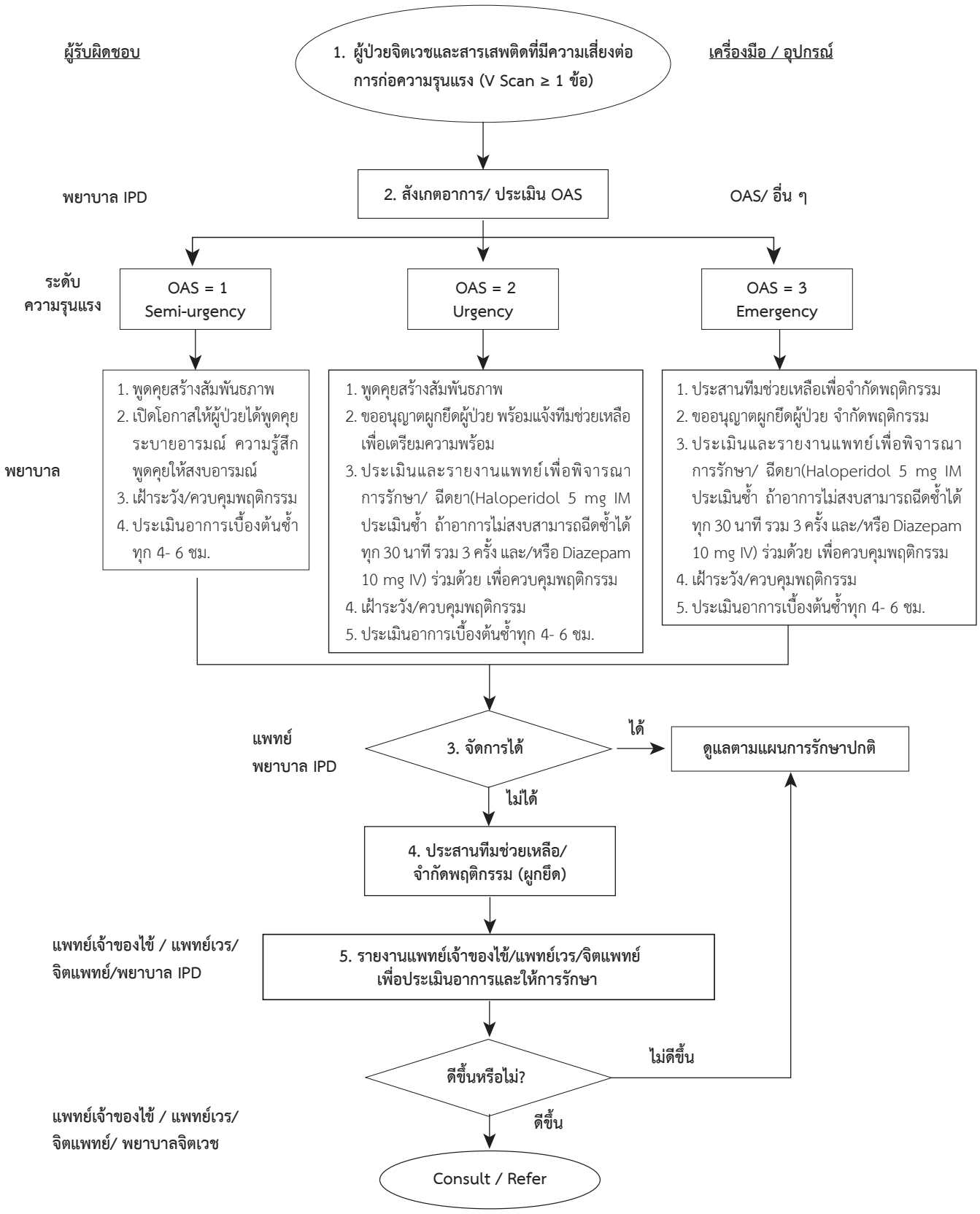
- คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
- คะแนน OAS = 2 หมายึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน
- คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS ≤ 1) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD สามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และรายงานแพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาปกติ

4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS ≥ 2) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์เปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อเฝ้าระวัง/ จำกัดพฤติกรรม

5. พยาบาล OPD รายงานแพทย์และประเมินอาการเพื่อส่งต่อ

Flow chart 4 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/จิตเวช)



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยทั่วไป/หอผู้ป่วยจิตเวช)

1. ผู้ป่วยในที่ มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Scan ≥ 1 ข้อ) พบ 1 ความเสี่ยงจาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง

2. พยาบาลหอผู้ป่วยประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยการสังเกตหรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินอื่นๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ หากใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

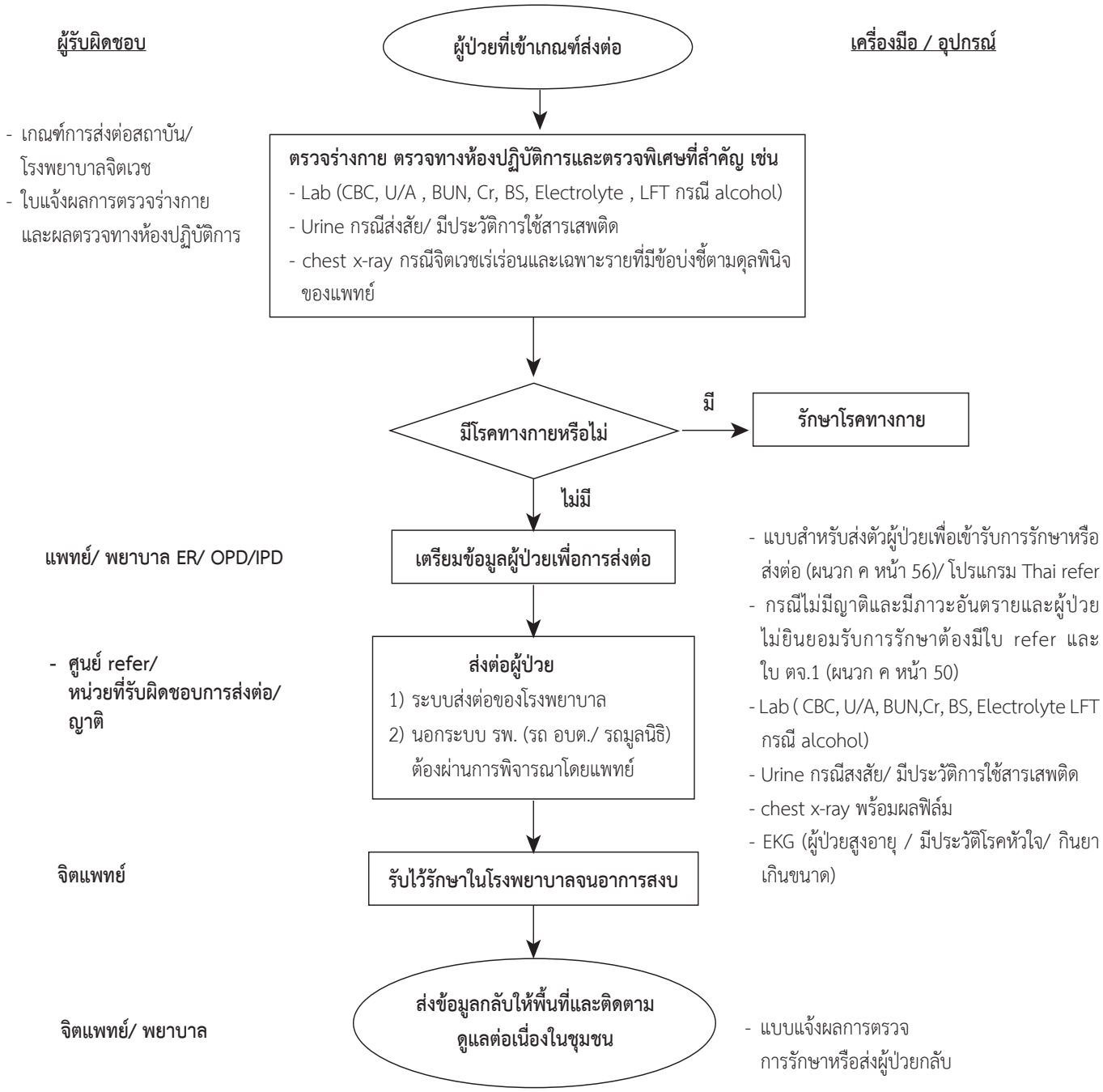
- คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น
- คะแนน OAS = 2 หมายึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน
- คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS ≤ 1) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาลหอผู้ป่วยสามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และการดูแลตามแผนการรักษาปกติ

4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS ≥ 2) หรือแบบประเมินอื่นๆตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาลหอผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น รปภ. ศูนย์เปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น เพื่อจำกัดพฤติกรรม รายงานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์เวร/ จิตแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา

5. พยาบาลหอผู้ป่วยสังเกตอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาปกติ หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้/ แพทย์เวร/ จิตแพทย์ เพื่อจารณา Consult/ ส่งต่อ

Flow chart 5 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ A, S, M1 และ M2 ไปสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลธัญญารักษ์



แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อตามข้อตกลงและเกณฑ์การส่งต่อสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช /โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ตามระบบการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ)

ข้อตกลงก่อนส่งต่อ

- ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะโรคทางกายจากแพทย์และได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่
- แพทย์/ จิตแพทย์ในพื้นที่ ประสานกับสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลธัญญารักษ์

เกณฑ์การส่งต่อสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช /โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนในการรักษา มีเกณฑ์การส่งต่อ ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหา Resistance จากการใช้ยา เป็นต้น

2) ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

3) ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงในขณะนั้น

4) ผู้ป่วยโรคจิตตามเกณฑ์การส่งต่อของแต่ละเขตสุขภาพ

2. แพทย์ ER/OPD/IPD ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษที่สำคัญ ได้แก่

- Lab (CBC, U/A, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
- Urine กรณีสงสัย/ มีประวัติการใช้สารเสพติด
- chest x-ray กรณีจิตเวชเร่เร่อนและเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์
- EKG เฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ตามดุลพินิจของแพทย์ (ผู้ป่วยสูงอายุ/ มีประวัติโรคหัวใจ/ กินยาเกินขนาด)
- Lab ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่มีของโรคขณะนั้น เช่น โรคไทรอยด์ เพื่อแยกผู้ป่วยโรคทางกายเพราะถ้าเป็นโรคทางกายส่งรักษาทางกายก่อน

3. ถ้าไม่มีโรคทางกายเตรียมข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ดังนี้

- ใบ refer/ โปรแกรม Thai refer ที่เขียนสมบูรณ์
- กรณีไม่มีญาติและมีภาวะอันตรายและผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาต้องมีใบ refer และใบ ตจ.1
- แนบผล Lab (CBC, UA, BUN, Cr, BS, Electrolyte, LFT กรณี alcohol)
- Urine กรณีสงสัย/ มีประวัติการใช้สารเสพติด
- chest x-ray พร้อมผล
- EKG (ผู้ป่วยสูงอายุ/ มีประวัติโรคหัวใจ/ กินยาเกินขนาด)
- ยาโรคทางกายของผู้ป่วย

4. ศูนย์ refer/ หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ ญาติ ประสานส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วยไปสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลธัญญารักษ์

5. สถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ รับผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินไว้รักษาในโรงพยาบาลจนอาการสงบ

6. จิตแพทย์/ พยาบาล นัดติดตามอาการและส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

บทที่ 3 การประเมินและการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและสารเสพติดที่รุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้สถานการณ์ของความฉุกเฉินและความจำกัดของเวลา รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและสารเสพติด และเป้าหมายรองลงมาคือ การช่วยลดความรู้สึกในระดับรุนแรงของผู้รับบริการ

หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่งตามขั้นตอนในแต่ละช่วงเวลา เพื่อเป็นการลดความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์
2. ปฏิบัติการช่วยเหลือตามความต้องการที่จำเป็นและความต้องการในสถานการณ์เฉพาะหน้าขณะนั้น
3. ช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โดยต้องคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่สามารถยอมรับได้

การตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

พยาบาลคัดกรองอาการสำคัญและการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินทุกรายและจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (priorities of care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชและสารเสพติดของผู้ป่วยแต่ละราย

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (primary assessment) ด้วยการประเมินภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็ว ซึ่งสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่มีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาจำกัดพฤติกรรมทันทีและตรวจสอบอาวุธในตัวผู้ป่วย

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง วินิจฉัยและวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้

3. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ตามแนวปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน

4. รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีการบำบัดรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

5. บันทึกข้อมูลการคัดกรองทางจิตเวชและสารเสพติดเบื้องต้นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

5.1 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ

5.2 การประเมินภาวะทางจิตอารมณ์ เพื่อแยกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิตเวชและสารเสพติด

5.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยา การใช้สุรา ยา/ สารเสพติด โรคประจำตัว และการแพ้ยา

5.4 สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว หรือสัญญาณทางระบบประสาท (neurological signs) มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง

5.5 ผลการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการคัดกรอง (mental health triage) และประเมินปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชและสารเสพติดโดยแพทย์/ พยาบาล

2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนของการเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สินได้อย่างทันท่วงที

4. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2. การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

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

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยแต่ละประเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

2. ประเมินอาการต่อเนื่อง (ongoing assessment) และดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางกาย ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉิน

3. บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติ (OPD card) และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินทุกรายได้รับการการประเมินและแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สินได้อย่างทันท่วงที

2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินทุกรายได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/ อาการผิดปกติ ตลอดเวลาที่อยู่ในแผนกฉุกเฉิน

3. การดูแลช่วยเหลือ

การดูแลช่วยเหลือตามแผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

แนวทางปฏิบัติ

1. วินิจฉัย วางแผน กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงและเร่งด่วนของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

2. ให้การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะที่เป็นอันตรายทันทีที่ตรวจพบปัญหา

3. ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

4. ให้การบำบัดรักษาตามอาการ

5. รายงาน/ ให้ข้อมูลแพทย์ ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

6. บันทึกการดูแลช่วยเหลือและเวลาลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (OPD card)

7. ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษา รวมถึงกรณีส่งต่อหรือจำหน่าย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายอย่างรวดเร็วทันท่วงที

2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา

3. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินไม่ได้รับอันตรายจากอาการทางจิตที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

4. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาต่อเนื่อง/ ส่งต่อ

5. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญทางจิตเวชได้ก่อนจำหน่าย

4. ประเมินผล/ผลลัพธ์การดูแลช่วยเหลือ

ประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับการรักษาและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตามผลลัพธ์ที่คาดหวังและสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินผลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง

3. ปรับเปลี่ยนแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ

4. บันทึกการประเมินผลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติ (OPD card) และรายงานอาการผิดปกติ/ เปลี่ยนแปลง แก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉินได้รับการประเมินผลการรักษา ปัจจัยเอื้ออำนวย ปัญหา อุปสรรคตามผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยแต่ละรายระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล

การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

1. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)

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

ความต้องการด้านจิตใจของผู้คิดฆ่าตัวตาย

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

ผู้คิดฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยสาเหตุของการฆ่าตัวตายโดยตรง แต่อาจมาด้วยสาเหตุอื่นๆ ซึ่งผู้ช่วยเหลือควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (attempted suicide) เช่น ดื่มยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น
2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้
   - ฆ่าตัวตายในสถานที่หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็นหรือช่วยเหลือ
   - เตรียมการเรื่องทรัพย์สินหรือจดหมายลาตาย
   - เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยา/ อุปกรณ์ มาสะสมไว้ เป็นต้น
   - วิธีการที่รุนแรง
3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วัน หลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย

4. โรคทางกาย พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน 3 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย

- โรคที่รักษาไม่หาย เรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ โรคจิตเภท โรคทางกายเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น
- โรคทางกายระยะสุดท้าย
- โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน

5. โรคทางจิตเวช พบว่าโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรค ต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย

- โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) อาจมีความกดดันหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย ที่มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกตัวเองไร้ค่า พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย
- โรคจิต (psychosis) อาจมีความหวาดระแวง หลงผิด คิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือ หูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง
- โรคติดสุรา (alcoholism) มักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียดอาจทำให้มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่าย และอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้
- บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้ที่มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเองเรียกร้องต้องการความสนใจจากผู้อื่น ทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิดได้

สัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย (Warning Signs) ได้แก่

- พูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น “ฉันอยากตาย” “ฉันไม่อยากมีชีวิตอยู่” เป็นต้น
- พูดในลักษณะสิ้นหวังต่อชีวิตหรือรู้สึกชีวิตไร้ค่า เช่น “มีชีวิตอยู่ต่อไปแล้วจะมีประโยชน์อะไร” “ฉันเหนื่อยกับการมีชีวิตอยู่” “เบื่อหน่ายต่อชีวิต”เป็นต้น
- ขู่จะฆ่าตัวตาย
- ค้นหาข้อมูลวิธีการฆ่าตัวตายว่าขั้นตอนทำอย่างไร
- วางแผนฆ่าตัวตาย
- มีเจตนาคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น
- พฤติกรรมสั่งเสีย เช่น ทำพินัยกรรม มอบมรดก บริจาคร่างกายเพื่อการศึกษา บอกลา เขียนจดหมายลาตาย เป็นต้น
- เตรียม/ ซื้อหาอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย เช่น ยาในปริมาณมาก มีด เชือก ปืน เป็นต้น
- ไปยืนในที่สูง เช่น บนระเบียงตึก บนสะพาน บนหลังคา เป็นต้น
- ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อชีวิต เช่น ใช้สุราหรือยาเสพติดเพิ่มขึ้น ขับรถเร็วมาก เป็นต้น

- ไม่สนใจดูแลตนเอง เช่น ปล่อยตัวให้ดูทรุดโทรม ปล่อยตัวจนอ้วนหรือผอมลงมาก เป็นต้น
- บุคลิกภาพเปลี่ยนไป
- อารมณ์เปลี่ยนไป เช่น มักจะมีอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย เป็นต้น
- แยกตัวจากสังคม ชอบอยู่คนเดียว ทำอะไรก็เบื่อหน่ายไปหมด

วิธีการถามความคิดฆ่าตัวตาย ควรเริ่มจากคำถามทั่วไปก่อนแล้วเฉพาะเจาะจงขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ การถามคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยตรงไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย แต่มีประโยชน์ในการเข้าใจผู้ป่วย

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน

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

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

1. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
   - ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
   - ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยาร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
   - นัดตรวจติดตามอย่างน้อยเดือนละครั้ง
2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อประเมินความเสี่ยงและความคิดฆ่าตัวตาย ให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีความหวังในชีวิตและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ ครอบครัว เรื่องโรค อาการ การรักษาและการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและ/หรือดำเนินชีวิตตามปกติ โดยญาติ/ ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

1. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง การตัดสินใจบกพร่อง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้และ/หรือไม่มีญาตินำส่ง ให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

2. กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและ/หรือมีญาติ ให้ประเมินอาการผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล

3. แพทย์พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยประเมินจากข้อบ่งชี้การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กรณีผลการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยง/ แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับมาก

1. กรณีผู้ป่วยและ/หรือญาติไม่ยินยอมรักษาในโรงพยาบาล

1.1 แพทย์วางแผนการบำบัดรักษา

- ให้การบำบัดรักษาด้วยยา
- ประเมินความสามารถในการทำงาน เขียนใบรับรองแพทย์ กรณีต้องหยุดพักหรือลางาน
- ให้ความรู้ญาติ/ ครอบครัวในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

1.2 ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาให้การบำบัดด้านจิตสังคมตามสภาพปัญหา

1.3 กรณีมีเหตุฉุกเฉินแนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการที่เครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

1.4 ให้ญาติเซ็นไม่ยินยอม ไม่สมัครใจอยู่รักษาในใบตรวจรักษา ลงทะเบียนและนัดหมายตามแผนการรักษาของแพทย์

2. กรณีแพทย์พิจารณารับไว้รักษาและผู้ป่วย/ ญาติยินยอมรักษา

- บันทึกประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต สั่งการรักษา การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน
- บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- สั่งให้มีการผูกมัดได้กรณีจำเป็น
- ประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึกและส่งต่อความเสี่ยง อาการสำคัญ แผนการรักษาต่อแผนกผู้ป่วยใน

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

2. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium)

การประเมินผู้ป่วยภาวะเพ้อสับสน (Delirium)

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางรายต้องการเวลาในการตอบคำถามมาก และบางรายตอบคำถามไม่ได้ ซึ่งส่วนมากข้อมูลที่ได้มักได้มาจากคำตอบของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลผู้ป่วยที่ควรรวบรวม มีดังนี้

1. ข้อมูลจากการสังเกต

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

2. ข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด

- ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันเป็นอย่างไร เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การติดต่อกับผู้อื่นและสิ่งที่เป็นปัญหาของญาติ/ ครอบครัว เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายตอนกลางคืน นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หรือพยายามจะเดินออกนอกบ้าน เป็นต้น
- ด้านอารมณ์ ถามว่ารู้สึกอย่างไร อะไรทำให้กังวล หรือหงุดหงิด โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอารมณ์อย่างไร
- ด้านสติปัญญา/ เชาวน์ปัญญา ถามความจำปัจจุบัน ความจำในอดีต เพื่อดูว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ หรือผู้ป่วยแสดงท่าทีจำสมาชิกครอบครัวไม่ได้
- ด้านสังคม ถามถึงอุปนิสัยและกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติมาก่อน
- ด้านความเจ็บป่วยและยาที่ใช้ประจำ ถามโรคประจำตัวและยาที่ใช้ อาการแพ้ยามีหรือไม่
- ด้านการใช้สุรา ยา/ สารเสพติด ถามถึงชนิดของสุรา ยา/ สารเสพติด และความถี่ของการใช้

ปัญหาที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหา คือ

- ไม่สามารถพูด สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในความต้องการของตนเอง
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
- เสี่ยงกับการเกิดอุบัติเหตุได้สูง ทั้งจากการรับรู้แปรปรวน หรือสูญเสียการรู้สึกตัว

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

การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ

1. ควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร โดยแนะนำตัวและบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าจะทำอะไรทุกครั้ง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ โดยบอกกับผู้ป่วยเป็นระยะ
3. ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการนำที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยแสดงความสับสนในเรื่องของเวลา อาจบอกเวลาเช้าเป็นเวลาเย็น แสดงถึงความแปรปรวนในการรับรู้สภาพแวดล้อมทั่วไป หรือผู้ป่วยแสดงท่าทีสับสนไม่เข้าใจคำแนะนำง่าย ๆ
4. แนะนำให้ญาติ/ ครอบครัว อยู่เป็นเพื่อนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
5. คอยดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

3. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & Substance Intoxication and Withdrawal)

การดูแลผู้ป่วยภาวะ Alcohol Intoxication

เป็นภาวะมึนเมาขณะดื่มสุราและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสม เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ศูนย์เสียความสามารถในการตัดสินใจ เกิดความบกพร่องในอาชีพการงาน/ สังคม และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้

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

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

การรักษา

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีปัญหาการขาดความสมดุลของร่างกาย เช่น ภาวะสมดุลของกรด – ด่าง สารน้ำและเกลือแร่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ให้การรักษา ดังนี้

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

การดูแลช่วยเหลือ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายและพูดคุยด้วยท่าทีที่สงบ มีความสุภาพอ่อนโยน
- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด ระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่น บางรายที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึดร่วมกับการให้ยาของแพทย์
- ระมัดระวังป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุในรายที่มีปัญหาการทรงตัว
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในรายที่มีปัญหาจากภาวะ respiratory depression หรือ aspiration จากการอาเจียน

การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนสุรา (Alcohol Withdrawal)

การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะถอนสุรา ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดเมื่อผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่ม โดยมีการประเมิน ดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่
   1.1 autonomic hyperactivity (เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/ นาที มีไข้ BP สูง)
   1.2 hand tremor (มือสั่น ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วยเหยียดแขนตรง และกางนิ้วออก)
   1.3 visual, tactile or auditory hallucination (ประสาทหลอนทางตา สัมผัส หู) หรือ illusion (แปลสิ่งเร้าผิด)

1.4 insomnia (นอนไม่หลับ)

1.5 nausea/ vomiting (คลื่นไส้ อาเจียน)

1.6 psychomotor agitation (กระสับกระส่าย)

1.7 anxiety (วิตกกังวล)

1.8 grand mal seizures (ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว)

2. ใช้แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS (Alcohol Withdrawal Scale) (ผนวก ค หน้า 56)

การรักษา

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

การดูแลช่วยเหลือ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความไม่สบายใจ ให้กำลังใจ
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ดูแลให้สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะ dehydration หรือ hypoglycemia
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย เช็ดตัวในรายที่มีเหงื่อออกมากหรือมีไข้
- ดูแลสุขภาพปากและฟัน ในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และป้องกันการสำลักลงหลอดลม ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ในรายที่เกิดการสำลัก
- ระวังสังเกตอาการใกล้ชิด เพื่อป้องกันทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่นในรายที่มีอาการประสาทหลอน
- ดูแลและสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า (Amphetamine Intoxication)

เป็นภาวะที่เกิดจากการใช้ยาบ้าในปริมาณมาก เพิ่งเสพหรือเสพติดต่อกันเป็นเวลานาน

อาการด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ เช่น อารมณ์ครื้นเครงกว่าปกติ วิตกกังวล กระสับกระส่าย ตื่นตัวอย่างมาก ตึงเครียด หรือโกรธ การตัดสินใจไม่เหมาะสม เป็นต้น

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

การรักษา เน้นการรักษาแบบประคับประคอง ดังนี้

1. ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด โดย ammonium chloride 2.75 mEq/kg หรือ ascorbic acid (vitamin C) 8 gm/day จนค่า pH ในปัสสาวะน้อยกว่า 5

2. antipsychotic drug ในรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เช่น haloperidol 2–5 mg ชนิดรับประทานทุก 4 – 6 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมาก ในช่วงแรกอาจให้เป็นยาฉีด เช่น haloperidol 2 – 5 mg IM หรือ chlorpromazine 1 mg/kg IM ทุก 4 – 6 ชั่วโมงได้ ควรจะให้ยาในกลุ่ม anticholinergic เช่น benzhexol (artane) ชนิดรับประทานในขนาด 2–4 mg/day ร่วมด้วยเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต

3. ในรายที่มีอาการวิตกกังวลอย่างมาก อาจจะให้ยา benzodiazepine: diazepam ชนิดรับประทาน 2 –10 mg/day ร่วมด้วย

4. ในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ควรให้ยาในกลุ่ม beta-blocker: propranolol หรือถ้าความดันโลหิตสูงมากอาจต้องให้ยาลดความดันตามความเหมาะสม

5. ภาวะชัก รักษาเหมือนภาวะชักทั่วไปโดยให้ diazepam 10 mg IV

การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ

- เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย รับฟังปัญหาโดยให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย

- ดูแลใกล้ชิด เพื่อระมัดระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ในรายที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ร่วมกับการให้ยา รักษาโรคจิตตามแผนการรักษาของแพทย์

- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการใช้ยาและดูแลช่วยเหลือในรายที่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต

- ตรวจสอบสัญญาณชีพและสัญญาณประสาท

- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ในรายที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีภาวะชัก อาจจำเป็นต้องให้ออกซิเจน

การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนจากยาบ้า (Amphetamine Withdrawal)

ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น จากผลของพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

1. ฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดอาการเมายา จะเกิดอาการกลัว ระแวง ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตนเองปลอดภัย

2. ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น ผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น ประสาทหลอน ระแวง หรือโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตนเองได้

3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากพยาธิสภาพทางสมอง เป็นต้น

4. ความโกรธ ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกอับอาย ไม่ปลอดภัย โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้แตกต่างกัน และเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช แต่ต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางกายที่อาจพบได้จากการใช้สารเสพติด เช่น ชัก คลุ้มคลั่ง หมดสติ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

อาการและอาการแสดงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงความฉุกเฉินที่สังเกตได้ เช่น ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น เกร็งกราม ตัวแข็งๆ อาการที่ตรวจพบ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นเร็ว pupil dilated อาการที่ผู้ป่วยบอก เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก เป็นต้น

อาการทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่ายอย่างมาก วิตกกังวลอย่างมาก พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ตื่นตกใจง่าย ตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงและเร็ว มีความคิดหวาดระแวง หลงผิด ท่าทางเหมือนพูดโต้ตอบกับใครที่มองไม่เห็นและตอบสนองต่อเสียง หรือมีอาการหูแว่ว

การประเมิน

1. การประเมินเบื้องต้น เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยง ไม่ใช่ประเมินว่าเกิดจากภาวะเมายาบ้าหรือไม่ แต่เป็นการประเมินโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เกิดอันตรายทั้งต่อผู้เสพและผู้อื่น หลักสำคัญที่สุดคือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามหาอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธของผู้เสพ

2. ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่ โดยการประเมินต้องพิจารณาทั้งข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมอาการ และอาการแสดงทางร่างกาย การถามคำถามตรงไปตรงมา และข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการประเมินจะต้องใช้คำพูดที่นิ่ง สงบ ไม่คุกคาม ท่าทางมั่นใจ หลีกเลี่ยงการใส่ชุดเครื่องแบบที่คล้ายตำรวจ ยามหรือดูมีอำนาจเหนือกว่า หลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจหรือยิ่งทำให้เครียดหรือทำให้คิดว่าจะถูกทำร้าย ถูกควบคุมตัว ผู้เสพที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทจะตอบสนองและโต้ตอบได้ดีกับวิธีการพูดคุยที่สงบ ไม่ก้าวร้าวหรือขู่คุกคาม

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

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่

- ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ควรจะสงบเงียบ
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เย็นๆ ถอดเสื้อผ้าที่หนักหรือรัดออก
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า ปล่อยให้ผู้ป่วยพูด
- เวลาเข้าหาผู้ป่วยให้เข้าหาช้าๆ มั่นใจ (อย่ากล้าๆ กลัวๆ ลังเล) ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสถานการณ์ควบคุมได้ปลอดภัย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการจะดีขึ้นในไม่ช้า
- ให้เพื่อนหรือญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือติดต่อให้ผู้ป่วยได้คุยด้วย
- หากจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอาจให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine หรือ Antipsychotic ตามความจำเป็น
- ควรให้ผู้ป่วยได้น้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 250-500 ซีซี ต่อชั่วโมง
- หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก พิจารณาเปิดเส้นเลือดเพื่อให้น้ำเกลือและใส่เครื่อง Monitor EKG

พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาทอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเกิดได้ทั้งในขณะที่เสพหรือในช่วงถอนพิษ เมื่อหยุดเสพพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่

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

ก่อนอื่นต้องตระหนักว่า ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจที่เสียไป อาจรับรู้สถานการณ์หรือสิ่งรอบข้างต่างไปจากเรา ทั้งนี้อาจเกิดจากอาการระแวง หลงผิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรจะ

- สงบ พูดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือยิ้ม
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไรและทำไมเราต้องทำเช่นนั้น
- หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่าทางก้าวร้าวหรือมีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานในการจัดการบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ว่าด้วยกรณีใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอโดย

- ให้แน่ใจว่าคุณสามารถหลบหนีออกมาได้ หากจำเป็น
- ให้แน่ใจว่า คุณได้ปรึกษาผู้อื่น หรือมีผู้ช่วยเหลือหากคุณต้องเผชิญเหตุการณ์เสี่ยง
- ให้แน่ใจว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลช่วยเหลือต่อ หลังจากคุณได้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติแล้ว

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

Mild arousal: ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยารับประทาน ได้แก่

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

Moderate Arousal: ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรพิจารณายาฉีดเข้ากล้ามหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน

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

High Arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือมีแนวโน้มก้าวร้าว ควรพิจารณาให้ยาทางเส้นเลือดหากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหรือฉีดยาเข้ากล้าม โดย

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

4. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

การประเมินพฤติกรรมรุนแรง

1. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง มักจะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ
2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมรุนแรง
   2.1 การแสดงออกทางสีหน้า/ ท่าทาง เช่น
      - สีหน้าบึ้งตึง โกรธ ท่าทางไม่พอใจ แววตาไม่เป็นมิตร
      - กัดกรามแน่น ดวงตาเปิดกว้างและแข็งกร้าว
      - ท่าทางเครียด ไม่ผ่อนคลาย
   2.2 การเคลื่อนไหว และการกระทำ เช่น
      - กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา
      - ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำหมัด
      - กระแทกหรือกระทำด้วยความรุนแรง
      - หยุดการกระทำที่ทำอยู่อย่างทันทีทันใด
   2.3 การแสดงออกทางคำพูด เช่น
      - เงียบเฉยผิดปกติ
      - โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน
      - พูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิติเตียน ด่าว่าคำหยาบ พูดสาปแช่ง
   2.4 การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างทันทีทันใด หงุดหงิด โกรธง่าย ฯลฯ
3. ใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale) (ผนวก ค หน้า 46) หรือแบบประเมินอื่นๆ

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง

การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้น จำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และคำนึงถึงความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อให้การจัดการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสามารถจัดการได้หลายวิธี ดังนี้

1. การพูดคุยกับผู้ป่วย

ในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น จะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเข้าไปติดต่อกับผู้ป่วย โดยพิจารณาระยะห่างที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัย อยู่ห่างกับผู้ป่วยพอควร ไม่ควรเข้าใกล้ผู้ป่วยมากเกินไป ควรยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8 ฟุต ไวต่อการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่ควรเข้าไปติดต่อหรือจัดการกับผู้ป่วยตามลำพัง ควรมีบุคคลที่พร้อมจะขอความช่วยเหลืออยู่ในบริเวณนั้นด้วย โดย

- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับผู้ป่วย
- พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล พูดซ้ำๆ เนื้อหาชัดเจนและหลีกเลี่ยงการตอบรับหรือปฏิเสธเงื่อนไข/ ข้อต่อรองของผู้ป่วย ไม่โต้เถียง ไม่ตัดสินความคิดความรู้สึกและไม่พูดข่มขู่
- ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด แม้ว่าจะเป็นความรู้สึกในทางลบ พร้อทั้งรับฟังอย่างใส่ใจ อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม

2. การจัดการทางกายภาพ

- การแยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์/ ผู้อื่น เพื่อลดความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น จัดให้อยู่ที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นจากแสง เสียง สี
- การจำกัดพฤติกรรม เป็นวิธีการสุดท้ายในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน ส่วนใหญ่นิยมจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกยึด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สามารถประยุกต์ใช้ได้ในสถานบริการทุกแห่ง ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1) เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึด

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

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

- แพทย์/ พยาบาล หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
- สมาชิกอีกคนจับล็อคผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเผลอ
- สมาชิกที่เหลือช่วยกันจับแขนขาเพื่อการผูกยึด

3) ผู้นำทีมเป็นผู้แจ้งและอธิบายถึงเหตุผลในการผูกยึดให้ผู้ป่วยทราบและญาติรับทราบ

4) การเข้าไปจับเพื่อผูกยึดผู้ป่วยควรเลือกทำในขณะที่ผู้ป่วยเผลอหรือกำลังถูกชักชวนให้พูดคุยและทำกิจกรรมอันใดอันหนึ่ง

5) ผู้นำทีมต้องให้สัญญาณในการเข้าจับผู้ป่วย โดยให้สมาชิกทีมแต่ละคนจับยึดแขนขาแต่ละข้างของผู้ป่วย ควรจับยึดบริเวณข้อพับใหญ่ๆ เช่น ข้อศอกหรือข้อเข่าของแขนและขาของผู้ป่วย เป็นต้น

6) ผูกยึดผู้ป่วยอย่างถูกเทคนิคโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ถ้าผู้ป่วยไม่ดิ้นรนมากนัก การผูกยึดข้อมือให้ลงข้างลำตัวทั้ง 2 ข้าง และผูกยึดข้อเท้าตรึงติดกับเตียงก็เพียงพอแล้ว การผูกยึดที่ดีควรใช้นิ้วมือ 2 นิ้ว สอดใต้ผ้าผูกยึดได้ ไม่ควรผูกแน่นเกินไป เพราะอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณปลายมือปลายเท้าไม่ดี ถ้าผู้ป่วยดิ้นรนมากอาจใช้เสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint) ร่วมด้วย แต่ไม่ผูกยึดจนแน่นเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ออก ระวังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอันตราย เช่น ดึงผม บิดแขน นั่งทับตัวผู้ป่วย เป็นต้น

7) การช่วยเหลือหลังการผูกยึด

- ตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่ถูกผูกยึดเป็นระยะทุก 15 – 30 นาที ในเรื่องความปลอดภัยและการผ่อนคลาย เช่น การเปลี่ยนท่า การรับประทานอาหาร น้ำ และการขับถ่าย และบันทึกทุกครั้งที่ตรวจเยี่ยม
- พูดคุยให้กำลังใจ ให้ข้อเท็จจริง
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ ญาติได้ระบายความคิด ความรู้สึกต่อความคับข้องใจ
- เมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง พูดคุยรู้เรื่อง ควบคุมตนเองได้ จึงยุติการผูกยึด

หมายเหตุ: *หลังการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยการจับล็อคและการผูกยึด แพทย์/ พยาบาลต้องเป็นผู้นำในการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาข้อบกพร่องและปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ทีมงาน สามารถดูตัวอย่างการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรงโดยสถาบันกัลยาณ์รานครินทร์ ได้จาก https://www.youtube.com/watch?v=YTMXqtTqbjo*

3. การจัดการทางยา เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็วที่สุดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ขณะเดียวกันยาที่ให้ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยง่วงจนเกินไป เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินอาการ วินิจฉัย สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาคลายเครียด (Anxiolytics) กลุ่ม Benzodiazepines เช่น diazepam และยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) เช่น Haloperidol ซึ่งในการให้ยาจะต้องอธิบายถึงเหตุผลของการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รับรู้หรือไม่รู้เรื่องก็ตาม และต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังจากให้ยา เนื่องจากยาบางชนิดจะออกฤทธิ์เร็ว ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ แนวทางการให้ยาตามผังไหลที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ในบทที่ 2

บทที่ 4 การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกยึด (Restraints)

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนการจำกัดพฤติกรรม

1. S: Security ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. U: Urgent need ความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม
3. S: Short term ระยะเวลาในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย
4. U: Use minimal force การจำกัดแรงที่ใช้ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

หลักการสำคัญในการควบคุมตัวผู้ป่วย

- เตรียมทีมให้มีความพร้อมในการปฏิบัติการทั้งทักษะการใช้คำพูด และทักษะการรวบตัว
- การควบคุมตัวผู้ป่วย ควรทำเมื่อใช้วิธีการอื่น ๆ ทั้งหมดแล้วไม่ได้ผล
- ถ้าต้องมีการใช้การผูกมัด จะต้องผูกมัดในท่านั่ง หรือนอนหงายเท่านั้น
- อุปกรณ์การผูกมัดทั้งหมดต้องสะอาดด และปลอดภัย

หมายเหตุ : *กรณีที่จำเป็นต้องใช้การผูกมัดแบบใบหน้าคว่ำลง ที่จำเป็นต่อการให้ยา และ/หรือเคลื่อนย้ายบุคคลไปยังสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จะต้องทำอย่างจำกัดด้วยเวลาที่สั้นที่สุด ประมาณ 2-3 นาที*

ภาพที่ 2 การผูกยึดผู้ป่วยในท่านอน

ภาพที่ 3 การผูกยึดผู้ป่วยในท่านั่ง

ขั้นตอนการเตรียมก่อนเข้าพูกยึดผู้ป่วย (Physical Restraints)

1. การเตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย

- ผ้าผูกยึด
- รถเข็นนอน นั่ง
- ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม หมอน

2. การเตรียมทีม

1. ทีมผู้ดูแลควรมีอย่างน้อย 4-6 คน
2. ประเมินผู้พฤติกรรมของผู้ป่วย ว่ามีพฤติกรรมอย่างไร
3. ประเมินสถานการณ์เพื่อเตรียมสถานที่ รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ทั้งเสียงและผู้ป่วยอื่น

3. วิธีการเข้าจำกัดพฤติกรรม

กรณีมีผู้ดูแล 5-6 คน

คนที่ 1 หัวหน้าทีม ทำหน้าที่เจรจาต่อรอง สอบถามความต้องการของผู้ป่วย ประเมินอาการ/ พฤติกรรมก้าวรร้าวรุนแรง ระดับความรุนแรงของพฤติกรรม และสั่งการในกรณีที่จะจับผู้ป่วย

คนที่ 2-3 ทำหน้าที่จับแขนขวาของผู้ป่วยและแขนซ้ายของผู้ป่วย

คนที่ 4-5 ทำหน้าที่จับขาขวาของผู้ป่วยและขาซ้ายของผู้ป่วย

คนที่ 6 (ถ้ามี) เป็นคนสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เชือก ผ้าจำกัดพฤติกรรมหรือทำหน้าที่ทดแทน เมื่อมีเพื่อนร่วมทีมทำหน้าที่ไม่ได้

กรณีมีผู้ดูแลเพียง 4 คน ก่อนการจับผู้ป่วย ควรมีการวางแผนร่วมกันของทีม โดยมอบหมายหน้าที่กันอย่างชัดเจน ได้แก่

- ใครทำหน้าที่รวบแขนทั้ง 2 ข้าง (จะต้องเป็นผู้ที่รูปร่างใหญ่และแข็งแรง)
- ใครทำหน้าที่จับขาขวาของผู้ป่วย
- ใครทำหน้าจับขาซ้ายของผู้ป่วย

คนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีมและผู้เจรจาอยู่ด้านหน้าเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย

คนที่ 2 รวบแขนทั้ง 2 ข้างจากด้านหลัง

คนที่ 3-4 ล็อคที่ขาทั้ง 2 ข้างแล้วยกผู้ป่วยขึ้นจากพื้นโดยต้องให้สัญญาณเข้า

ตัวอย่างวิธีการจับล็อคผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ภาพที่ 4 วิธีการจับล็อคผู้ป่วย 1

ภาพที่ 5 วิธีการจับล็อคผู้ป่วย 2

ภาพที่ 6 วิธีการจับล็อคผู้ป่วยในท่านอน

เทคนิคการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดก้าวร้าวรุนแรง

1. การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่มัดได้ เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก
2. หลังการผูกมัดควรพูดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลของการผูกมัด ไม่ได้เป็นการลงโทษ แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้อื่นรอบข้างปลอดภัยและจะยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้
3. ให้สัญญาณและเข้าจับพร้อมๆกันทั้ง 4 คน
   - ทำงานเป็นทีมสำเร็จในครั้งเดียว “พร้อมเพรียง ฉับไว”
   - อย่าจับกุมรุมทำร้ายจนผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ อย่าล็อคคอ ผู้ป่วยเพราะอาจจะกดการหายใจ
   - อย่าปล่อยมือจากผู้ป่วยโดยไม่ให้สัญญาณผู้ร่วมทีมโดยเด็ดขาด

ข้อควรปฏิบัติในการควบคุมและผูกมัดผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

1. ไม่ควรเข้าพบผู้ป่วยลำพังคนเดียว
2. ไม่ควรนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้องที่ปิดหรือแคบ
3. ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงดัง ดุดันหรือขู่
4. ควรใช้คำพูดในการควบคุมผู้ป่วย (verbal management) นิ่มนวล เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและชัดเจน เตือนสติให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขากำลังทำอะไรและต้องการอะไร
5. ประเมินผู้ป่วย สามารถพูดคุยรู้เรื่องหรือไม่ การควบคุมตนเองทำได้หรือไม่
6. ถ้าไม่สามารถจัดการควบคุมและผูกมัดผู้ป่วยได้ ควรร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ
7. ในพื้นที่สาธารณะ จะต้องดูแลและปกป้องความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของบุคคลใดๆ จากการผูกมัดด้วยเครื่องกล หรืออุปกรณ์ประเภทอื่นๆ

ข้อควรระวังในการควบคุมและผูกมัดผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว

1. อาการหายใจไม่ออก (asphyxia)
2. อาการตื่นเต้น เพ้อคลั่ง สั่น (delirium) และพฤติกรรมตื่นเต้นเฉียบพลัน
3. โรคประจำตัวที่มีก่อนหน้า
4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์การเสียชีวิตบาดเจ็บหรืออาจพิการได้
5. เสี่ยงต่อการเกิดการนำผ้าที่ใช้ผูกมัดไปใช้ทำร้ายผู้อื่น
6. การผูกมัดอาจส่งผลกระทบในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรม

1. ต้องอธิบายให้ทราบถึงเหตุผลการจำกัดพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรม ต้องให้การช่วยเหลือทันที
3. ดูแลความต้องการทำงด้านร่างกาย ยำ อาหาร ดื่มน้ำ ตามเวลาอย่างเพียงพอ
4. เปลี่ยนท่าทุก 1 ชั่วโมง
5. ตรวจดูการไหลเวียนของโลหิตและคลำยกำรผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง
6. วัดสัญญำณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. ดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น กำรขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ
8. สื่อสารด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ให้กำลังใจ ไม่ให้รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง
9. หลังอาการสงบลง อธิบายว่าการจำกัดพฤติกรรมจะใช้เวลำไม่นาน เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ จะพิจารณายกเลิกการจำกัดพฤติกรรมและเปิดโอกำสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น
10. ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อพิจารณายกเลิกการจำกัดพฤติกรรมหรือจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมต่อ

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน

1. **สถานที่** หมายถึง สถานที่ที่จัดไว้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน ซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

- มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อยู่ในโซนสีเหลือง จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง ไม่อึกทึก ลดสิ่งกระตุ้น โดยลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคน ไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ห่างจากอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด
- มีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง
- มีระบบการดูแลความปลอดภัยของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น
- มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมือ/ อุปกรณ์ ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย
- มีระบบแจ้งเตือน/ สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ภาพที่ 7 ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน

ภาพที่ 8 แผนกฉุกเฉิน

2. **เครื่องมืออุปกรณ์** หมายถึง เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เช่น

- ผ้าผูกยึด ควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียว แต่นุ่ม มีลักษณะพร้อมใช้ผ้าผูกยึดที่นิยมใช้ คือ ผ้าผูกยึดข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraints) และเสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint)
- เก้าอี้ผูกยึด ควรมีลักษณะแข็งแรง ไม่มีเหลี่ยมมุมที่อาจเกิดอันตราย ควรยึดติดกับพื้นหรือผนัง เพื่อป้องกันการเคลื่อนย้าย
- เตียงตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้และไม่เสี่ยงต่อการพลิกคว่ำ

ภาพที่ 9 ผ้าผูกยึด

ภาพที่ 10 เสื้อผูกยึดลำตัว

ภาพที่ 11 เก้าอี้ผูกยึด

3. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (Milieu management)

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงได้ ซึ่งมีคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมดังนี้

- ตรวจตราสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัย
- นำวัตถุที่อาจใช้เป็นอาวุธออกจากสิ่งแวดล้อม (เช่น ของมีคม เชือก ขวด เป็นต้น)
- ตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าปลอดอาวุธ
- สังเกตและเฝ้าระวังวัสดุสิ่งของที่ญาติผู้ป่วยนำเข้ามา
- จัดเตรียมห้องแยกที่สงบเงียบและปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง
- ล็อคห้องเก็บของในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- ใช้อุปกรณ์ที่เป็นพลาสติกแทนแก้วหรือขวด
- ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อการเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการผูกยึด

การหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย(Break-away technique)

เหตุใดการฝึกการหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย(Break-away technique) จึงมีความสำคัญ

ความสำคัญคือ สอนให้ทุกคนปกป้องตัวเองและผู้อื่น ได้แก่ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้มาติดต่อ หรือประชาชน จากการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด เทคนิคเหล่านี้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปกป้องตนเองและสร้างระยะห่างจากผู้โจมตีหรือภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นเกิดขึ้นได้ในหลายสถานการณ์ เช่น ขณะยืนให้การพยาบาล เดินเข้าในหอผู้ป่วย นั่งอยู่ที่โต๊ะทำงาน การหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย (Break-away technique) จะทำให้คุณสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บ ลดการสูญเสีย

การหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย(Break-away technique) คืออะไร

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ย่อมต้องมีสร้างสัมพันธ์ภาพและมีการดูแลใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติด 60-80 % เคยถูกคุกคามทางวาจา และบางครั้งก็ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด มีแนวโน้มที่จะมีการเผชิญหน้ากันมากกว่าและไม่ว่าคุณจะพยายามระวังอย่างไร พยาบาลหรือผู้ดูแลการจะตกอยู่ในภาวะถูกคุกคามและเป็นอันตรายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

การหลบหนีจากสถานการณ์อันตรายมีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามเหล่านี้โดยการสอนพยาบาลหรือผู้ดูแลถึงขั้นตอนที่ถูกต้องในการปกป้องตนเองและคนรอบข้างมันคล้ายกับการป้องกันตัวเอง โดยไม่มีการทำร้ายผู้ป่วย ที่สำคัญการฝึกการหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย(Break-away technique)จะมีวิธีป้องกันรับมือกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยมีหัวใจหลักการที่สำคัญคือ ความรวดเร็วในการปฏิบัติ (Speed) ผู้ป่วยจะประหลาดใจ (Surprise)เมื่อเราถูกผู้ป่วยจับรึดึงรั้งทำไมเราจึงเดินหน้าเข้าหาเขาอีกและผู้ป่วย

จะต้องไม่รู้จักการต่อสู้เช่น ยิวยิตสู (Jujutsu) ไอคิโด (Aikido) ยูโด (Judo) ผู้ฝึกจะต้องใช้เรื่องของแรงโน้มถ่วงให้เป็นประโยชน์(Bodyweight)โดยเฉพาะผู้ที่มีร่างกายผอมบาง ผู้เข้าอบรมหรือพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องฝึกเพราะมันเป็นเทคนิคเฉพาะ(Technique) โดยมักเกี่ยวข้องกับเทคนิคต่างๆ เช่น การบล็อก การเปลี่ยนเส้นทาง และการหลบเลี่ยงการสัมผัสทางร่างกาย ในขณะเดียวกันก็มีความปลอดภัย เทคนิคเฉพาะที่สอนในการฝึกอบรมอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโปรแกรมการฝึกอบรมและบริบทที่ใช้ เพื่อช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากการเผชิญหน้าทางกายภาพหรือสถานการณ์ที่อันตรายได้อย่างปลอดภัย

การหลบหนีจากสถานการณ์อันตราย (Break-away technique)

1. กรณีถูกจับมือด้วยมือ 1 ข้าง

วิธีที่ 1 กรณีถูกผู้ป่วยจับด้วยมือหนึ่งข้างสิ่งแรกที่เราควรทำคือตั้งสติให้ดี อย่าตกใจ ดันมือที่ถูกจับพร้อมด้วยการก้าวเท้าที่ถนัดเข้าหาตัวผู้ป่วยพร้อมกับบิดข้อมือเข้ามาหาตนเองที่ถูกจับออกมาระหว่างหัวแม่มือและนิ้วชี้ของผู้ป่วย

วิธีที่ 2 หมุนแขนอย่างรวดเร็วในทางตรงกันข้ามกับหัวแม่มือและนิ้วชี้ของผู้ป่วย ยกแขนให้ตึงจะทำให้ไหล่ของผัวป่วยอยู่ในลักษณะผิดรูปฝืนธรรมชาติผู้ป่วยจะปล่อยมืออย่างรวดเร็ว

2. กรณีถูกจับมือด้วยมือ 2 ข้าง(ขวาจับซ้าย ซ้ายจับขวา)

วิธีการคล้ายๆกับการโดนจับด้วยมือข้างเดี่ยวหมุนและบิดข้อมือทั้งสองข้างเข้าหาตนเองระหว่างช่องของหัวแม่มือและนิ้วชี้ของผู้ป่วย ดึงกลับเข้าหาตัวอย่างแรงหรืออาจใช้มือทั้งสองข้างประกบเข้าหากันและดึงลงอย่างรวดเร็ว

3. กรณีผู้ดูแลถูกผู้ป่วยจับด้วยมือสองข้าง (ข้างใดข้างหนึ่ง)

วิธีการคือผู้ดูแลใช้มืออีกหนึ่งข้างของตนที่เหลือประสานกับมือของตนเองทางด้านบนของมือผู้ป่วยพร้อมกับดันเข้าหาตัวผู้ป่วยหนึ่งก้าวและดึงกลับอย่างแรงและรวดเร็ว โดยควรระวังจะโดนปลายคางของผู้ป่วยด้วย

4. กรณีถูกจับดึงผมสั้น/ ผมยาว

ผมสั้นด้านหน้า ใช้มือทั้งสองข้างจับที่มือผู้ป่วยบนศรีษะของคุณ พร้อมกับการก้มและบิดตัวออกด้านใดด้านหนึ่ง

ผมยาวด้านหลัง ใช้มือทั้งสองข้างจับที่มือผู้ป่วยพร้อมทั้งกดมือผู้ป่วยทั้งสองข้างพร้อมกับการก้มและบิดตัวออกด้านใดด้านหนึ่ง

5. กรณีถูกบีบคอด้านหน้า

วิธีที่ 1 ยกมือทั้งสองข้างขึ้นขนาดกับศรีษะของตนเอง พร้อมกับการหมุนตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อหลุดแล้วให้วิ่งอย่างรวดเร็ว

วิธีที่ 2 ใช้มือข้างที่ถนัดยกตั้งฉากกับพื้นพร้อมกับการก้าวเท้าด้านเดียวกับมือที่ตั้งฉากออกมาประมาณ 105 องศาและหมุนตัวอย่างรวดเร็วโดยให้ศอกที่ตั้งฉากปัดแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วย

6. กรณีถูกจับด้านหลังด้วยมือ 2 ข้าง/ บีบคอ

ใช้วิธีการเดี่ยวกับการถูกบีบคอด้านหน้าวิธีที่ 1 ยกมือทั้งสองข้างขึ้นขนาดกับศรีษะของตนเอง พร้อมกับการหมุนตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อหลุดแล้วให้วิ่งอย่างรวดเร็ว

7. กรณีถูกล็อคคอ

หันคางให้มาอยู่ระหว่างมุมขอศอกและแขนจากนั้นใช้มือด้านที่จะหมุนไปด้านนั้นดันที่ศอกของผู้ป่วย พร้อมกับมืออีกหนึ่งข้างจับบริเวณข้อมือของผู้ป่วย หลังจากนั้นดึงตัวออกมาดด้านข้าง ใช้เท้าด้านไกลตัวก้าวไปด้านหลังผู้ป่วยพร้อมกับการหมุนอย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพ สถานพยาบาล.* ฉบับที่ 1.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล.* พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรมสุขภาพจิต. (2545). *หลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป.* กรุงเทพมหานคร.

กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง).* กรุงเทพฯ : ดีน่าดู มีเดีย พลัส.

กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* เชียงใหม่.

กันยา กาญจนบุรานนท์. (2540). *การดำเนินงานสุขศึกษา ในเอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 8-15.* พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญศิริ จันศิริมงคล. (2559). *หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล.* กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล. (2542). *คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข.* กรุงเทพ ฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ ฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราเมศ กรณีย์ และคณะ. (2559). *สถานการณ์ของชนิดสารเสพติดที่ใช้ในกลุ่มผู้เสพในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พ.ศ. 2552–2557.* วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2559.

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. (2544). *แนวทางรักษาโรคจิต : แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช.* กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2555 สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.*

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2553). *เอกสารประกอบการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช.*

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ.* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทวิคทอเรียอิมเมจ.

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

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

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

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

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

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

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช

โรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชนั้นบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ยาก เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในผู้ที่ปกติ ซึ่ง DSM-5 ได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติในด้านการรู้คิด การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งมีที่มาจากความบกพร่องของการทำงานของจิตใจ กระบวนการทางชีววิทยา หรือพัฒนาการ

2. อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) หรือมีความบกพร่อง (disability) ในกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพหรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ

3. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้นๆยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้า หลงผิดประสาทหลอน เป็นต้น

4. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศหรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆกับสังคมไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้จะมีที่มาจากภาวะดังข้อแรก

การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น มีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการวิจัย ทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรค และทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุดคือ DSM-5 เริ่มใช้ พ.ศ.2556

2. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับ ICD-10 เริ่มใช้ พ.ศ.2535

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

เดิมมักนิยมแบ่งโรคทางจิตเวชออกคร่าวๆ เป็นกลุ่ม organic กับ functional โดยมีความคิดว่ากลุ่ม organic คือโรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ ในขณะที่กลุ่ม functional เป็นมาจากปัจจัยทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคจิตหากเกิดจากเนื้องอกในสมองหรือจากการเสพยาจะจัดอยู่ในกลุ่ม organic แต่หากไม่พบสาเหตุอะไรก็จัดอยู่ในกลุ่ม functional เช่น โรคจิตกปปเภท แต่ปัจจุบันเราทราบว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูหรือปัญหาทางจิตใจ แต่เป็นจากความผิดปกติทางกายภาพในระดับเซลล์และสารสื่อประสาท กรณีเช่นนี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคแพนิค เป็นต้น การแบ่งกลุ่มเช่นนี้จึงใช้กันน้อยลงเพราะมักทำให้เข้าใจผิด หากจะมีการใช้คำว่า organic อยู่บ้าง ซึ่งหมายถึงภาวะที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือจากยาและสารต่างๆเท่านั้น

กลุ่มโรคใน ICD-10 และ DSM-5

รหัสโรค	ICD-10	DSM-5
F00-F09	• Organic, including symptomatic, mental disorders (dementia, delirium, amnestic disorder)	• Neurodevelopmental disorders • Elimination disorder
F10-F19	• Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (intoxication and withdrawal states, harmful use, dependence syndrome)	• Substance-related and addictive disorders • Medication-induced movement disorders and other adverse effects of medication
F20-F29	• Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (schizophrenia, delusional disorder)	• Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
F30-F39	• Mood [affective] disorders (depressive or manic episode, bipolar affective disorder)	• Bipolar and related disorders • Depressive disorders • Other mental disorders
F40-F48	• Neurotic, stress-related and somatoform disorders (phobias, panic disorder, adjustment disorder)	• Anxiety disorders • Obsessive-Compulsive and related disorders • Trauma and stress-related disorders • Dissociative disorders • Somatic symptom and related disorders • Neurocognitive disorders

รหัสโรค	ICD-10	DSM-5
F50-F59	• Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (eating disorders, sleep disorders, sexual dysfunction)	• Sleep-wake disorders • Sexual dysfunctions • Feeding and eating disorders
F60-69	• Disorders of adult personality and behavior	• Gender dysphoria • Disruptive, impulse control, and conduct disorders • Personality disorders • Paraphilic disorders
F70-F79	• Mental retardation	
F80-F89	• Disorders of psychological development	
F90-F98	• Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	• Other Conditions that may be a focus of clinical attention

หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

1) syndromal approach กลุ่มอาการ (syndrome) หมายถึงกลุ่มของอาการที่มักพบว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการดำเนินโรคหรือการพยากรณ์โรคที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือกลไกของความผิดปกติที่ชัดเจน

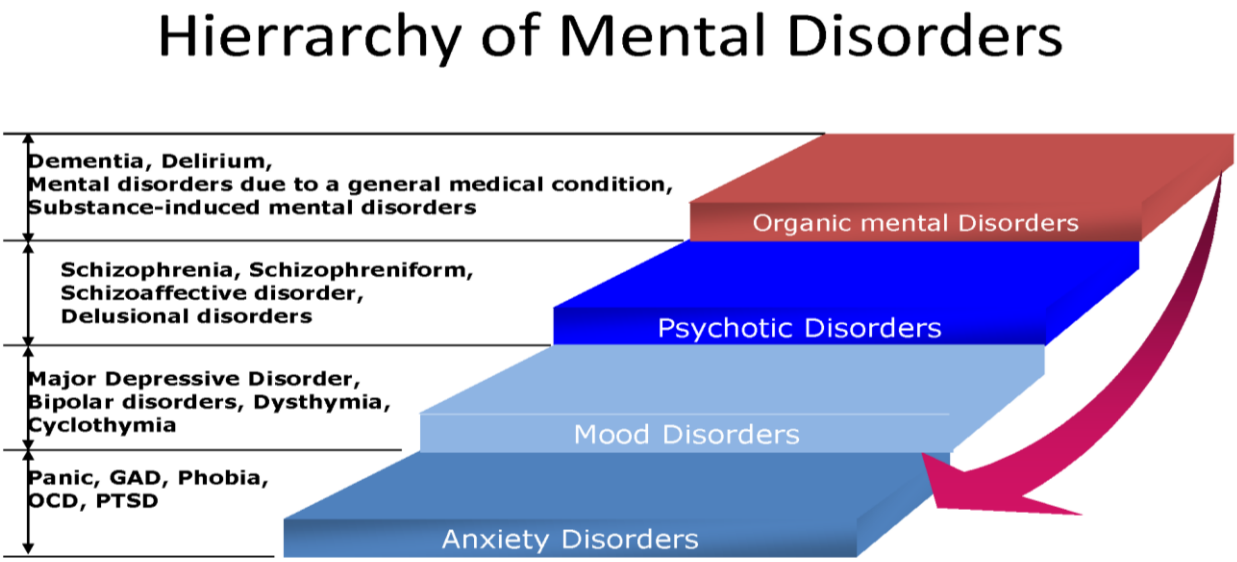
การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่แล้วจะอิงลักษณะกลุ่มอาการของผู้ป่วย เนื่องจากสาเหตุของความผิดปกติมักประกอบด้วยหลายๆ ปัจจัยร่วมกันหรือบางโรคยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ตามหลักการนี้จะวินิจฉัยโรคโดยดูความผิดปกติในแง่ของกลุ่มอาการและการดำเนินโรคมากกว่าการหาอาการใดอาการหนึ่งที่เป็นอาการเจาะจงของโรค (pathognomonic symptom)

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

ตามหลักการนี้เชื่อว่า บางอาการที่สำคัญนั้นเป็นอาการที่อาจพบเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง หรือพบเกี่ยวโยงกันได้กับโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่า ซึ่งต้องให้ความสนใจสืบค้นว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นจากโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่าได้หรือไม่ เพื่อการรักษาจะได้แก้ไขปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่สุด

3) parsimony principle การวินิจฉัยจะพยายามมองอาการตลอดจนปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว มากกว่าการคิดว่าผู้ป่วยมีหลาย ๆ โรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยการอธิบายถึงการเกิดอาการ หรือความสัมพันธ์ของอาการต่างๆ ให้ไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมักใช้หลักการ hierarchy ร่วมด้วย

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



ภาพ Hierarchy of Mental Disorders

อาการที่พบได้ทั่วไป (Common Symptoms)

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

(อ้างอิงโดย นายแพทย์ธิตินันท์ ธานีรัตน์ กรมสุขภาพจิต)

แนวการวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยโรค ผู้วินิจฉัยควรระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ได้

1. อาการสำคัญ ใช้คำถามว่า ทำไมผู้ป่วยจึงต้องมาพบแพทย์ ณ เวลานี้ (Why now?)

2. อาการและอาการแสดง พยายามมองอาการย่อยๆ เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) แล้วเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยโรคที่มีอยู่

3. การดำเนินโรค ได้แก่ อาการนำ (prodrome) เหตุการณ์ระหว่างนั้นระยะเวลาที่เจ็บป่วยและอายุที่เริ่มป่วย (duration and age of onset) เป็นส่วนที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในกรณีที่บางโรคอาจมีอาการขณะพบแพทย์ (cross-sectional symptoms) คล้ายคลึงกัน หรือช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีอาการสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก

4. การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย แยกจากโรคที่เป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย จากยาหรือสารเสพติด

5. การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชแยกจากโรคทางจิตเวชอื่นที่มีลักษณะกลุ่มอาการคล้ายคลึงกัน

ประเด็นหลักในการประเมิน

หลังจากพบผู้ป่วยแล้วผู้วินิจฉัยจะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เพื่อการวางแผนในการช่วยเหลือรักษาที่ครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรค โรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นเครื่องบ่งถึงแนวทางในการรักษา เช่น หากเป็นโรคจิตเภท การรักษาสำคัญคือการรักษาด้วยยา ขณะที่หากผู้ป่วยเป็น adjustment disorder การรักษาสำคัญคือการให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัด

2. ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (problem oriented) ปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลหรือให้ความสำคัญในบางครั้งอาจจะเป็นคนละประเด็นกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ นอนไม่หลับ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกังวลใจคืออาการปวดศีรษะ หากแพทย์มุ่งรักษาโรคซึมเศร้าโดยไม่สนใจรักษาบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วย อาจมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดครั้งต่อไป เนื่องจากอาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อโรค ควรมองทั้งปัจจัยด้านกาย จิต และสังคม ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเหล่านี้ ผู้ตรวจต้องเข้าใจผู้ป่วยในแง่ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัยการปรับตัว ตลอดจนข้อดีข้อด้อยของผู้ป่วยและเข้าใจถึงผลกระทบของความกดดันต่างๆที่มีต่อผู้ป่วย

4. การรักษา การวางแผนการรักษาต้องมองให้ครอบคลุมการดูแลรักษาทั้งด้านกาย จิตและสังคม ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละคนจะเน้นหนักในแต่ละด้านแตกต่างกัน

5. การพยากรณ์โรค ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคนอกจากจะคำนึงถึงตัวโรคเองโดยตรงแล้ว ยังต้องคำนึงถึงบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษา การช่วยเหลือจากญาติและคนใกล้ชิด รวมถึงปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

ภาคผนวก ข

อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction)

ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชอาจเกิดผลข้างเคียงได้หลายชนิดขึ้นอยู่กับการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ในแผนกฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ๆ เช่น extrapyramidal symptoms, neuroleptic malignant syndrome, anticholinergic effects, hypotension, lithium toxicity ดังนั้นจึงควรทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ดังนี้

อาการข้างเคียง	การดูแลช่วยเหลือ
1. Extrapyramidal Symptoms (EPS) **1.1 Acute Dystonia** **ลักษณะอาการ** ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง (torticollis) ศีรษะ คอ ลำตัว แอ่นจนผิดปกติ (opisthotonus) ตาทั้งสองข้างจ้องเขม็งและเหลือกขึ้นไปข้างบน จนมองไม่เห็นตาดำ (occugyric crisis) ลิ้นโตคับปากยื่นออกมา ขากรรไกรค้าง	- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้ จะเกิดได้ในระยะแรกที่ได้รับยา จะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น จะหายไปได้เมื่อใช้ยาแก้ (anti parkinson) และร่างกายจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ อาการดังกล่าวจะไม่มีอันตรายกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ - ให้การดูแลเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - ให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
1.2 Parkinsonian Syndrome **ลักษณะอาการ** มือสั่นขณะพัก (Resting Tremor) กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity การเคลื่อนไหวช้า (bradydyskinesia) ท่าเดินแบบซอยเท้า (Shuffling gait) สีหน้าไร้อารมณ์ (masked face) น้ำลายไหลมาก	- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับการรักษา - ช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

อาการข้างเคียง	การดูแลช่วยเหลือ
1.3 Akathisia **ลักษณะอาการ** ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวายใจ ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมาอยู่นิ่งไม่ได้ ย่ำเท้า ขาแขนสั่นและอาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย ได้เนื่องจากรู้สึกทรมานจากอาการเหล่านี้	- ให้ระวังการฆ่าตัวตาย - ระวังอุบัติเหตุ
2. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) **ลักษณะอาการ** มีไข้สูง > 40 C ชีพจรเร็วหรือช้า กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity) ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นผิดปกติ ซึมลง หมดสติจนถึงขั้น coma	- วัด vital signs, heart rate - ลดอุณหภูมิร่างกายโดยการเช็ดตัว - ประเมิน conscious - ป้องกันอุบัติเหตุ จากการตกเตียง - ให้การดูแลตามการรักษาของแพทย์ เช่น ให้ O_2 ใส่ endotracheal tube ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ
3. Anticholinergic Effect **ลักษณะอาการ** ปากแห้ง คอแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ม่านตาขยาย ทำให้ตาพร่า	- แนะนำให้จิบน้ำและบ้วนปากบ่อย ๆ หรือจิบน้ำมะนาว - รายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะ - แนะนำเรื่องอาหาร เช่น ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ การออกกำลังกาย - ให้สวมแว่นกันแดดเวลาออกไปข้างนอก - ป้องกันอุบัติเหตุจากการมองไม่ชัด
4. Hypotension **ลักษณะอาการ** ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (orthostatic hypotension) โดยเฉพาะในคนสูงอายุ ในยากลุ่มแก้อารมณ์เศร้า อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้	- แนะนำให้ค่อย ๆ เปลี่ยนท่าดังนี้ ➢ขณะเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งให้ตะแคงก่อนและค่อยลุกช้าๆ ➢ขณะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืนให้ค่อยๆ ลุกช้าๆ ถ้ามีอาการหน้ามืดให้นั่งพักสักครู่ ➢ขณะเปลี่ยนจากท่ายืนเป็นท่าเดินให้จับยึดให้แน่นยืนนิ่งสักครู่ แล้วค่อยๆ ก้าวขาช้าๆ - ควรวัดความดันโลหิตและถ้าความดันลดลงจากเดิม 20-30 mm Hg ควรรายงานแพทย์ - ระวังอุบัติเหตุจากอาการมึนงง หรือหูอื้อ

อาการข้างเคียง	การดูแลช่วยเหลือ
5. ภาวะเป็นพิษจากการใช้ Lithium **ลักษณะอาการ** อาการแสดงของภาวะเป็นพิษจาก lithium ในระยะแรก เช่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย พูดไม่ชัด ซึมลง ง่วงนอน มือสั่นรุนแรง เมื่อภาวะเป็นพิษมากขึ้น อาการทางประสาทวิทยาจะเด่นชัดและผู้ป่วยเริ่มเดินเซ (ataxia) ชักและ coma ได้ ภาวะ dehydrate ทำให้เป็นพิษมากขึ้น	- ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเนื่องจากภาวะ dehydrate ทำให้เป็นพิษมากขึ้น - ระวังอุบัติเหตุ - ให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยชักหรือ coma - ดูระดับ lithium ในเลือด ขนาดรักษา 0.6-1.4 / mEl/Lither ถ้าเกิน 1.5 เป็นพิษ

ภาคผนวก ค

แบบสังเกต/ แบบประเมิน/ แบบส่งตัวผู้ป่วย/ แบบตอบกลับ

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้างปา เตะ ทุบวัตถุหรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

กึ่งเร่งด่วน (Semi-Urgency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

เร่งด่วน (Urgency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

ฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือรักษาต่อ

HN.....

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

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรด

☐ รับไว้รักษาต่อเนื่อง ☐ ตรวจชันสูตร ☐ คุมสังเกต ☐ ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

   .....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

   .....

3. ผลการตรวจชันสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

   .....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

   .....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

7. รายละเอียดอื่นๆ.....

   (ถ้าเป็นโรคติดต่อ ☐ แจ้งความแล้ว ☐ ยังไม่ได้แจ้ง)

ลงชื่อ .....

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

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

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

จาก ..... (โทรศัพท์ .....)

ถึง .....

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วยชื่อ .....

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

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

1. ผลการชันสูตร ที่สำคัญ

.....

.....

2. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

.....

3. การรักษา / การดำเนินการ.....

.....

.....

.....

4. ขอให้ดำเนินการดังนี้

.....

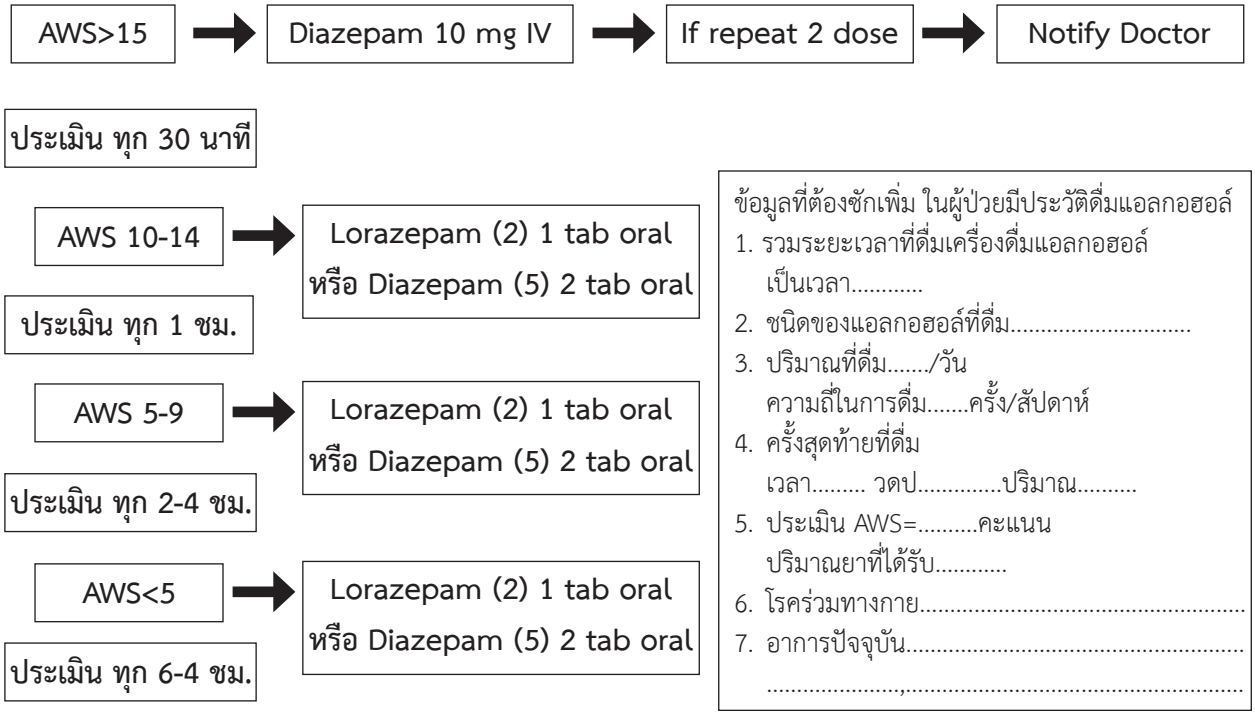
.....

(ลงชื่อ).....

ผู้ให้ข้อมูล

แบบประเมิน AWS (Alcohol Withdrawal Scale) และแนวทางการให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์

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


AWS>15
Diazepam 10 mg IV
If repeat 2 dose
Notify Doctor
ประเมิน ทุก 30 นาที
AWS 10-14
Lorazepam (2) 1 tab oral
หรือ Diazepam (5) 2 tab oral
ประเมิน ทุก 1 ชม.
AWS 5-9
Lorazepam (2) 1 tab oral
หรือ Diazepam (5) 2 tab oral
ประเมิน ทุก 2-4 ชม.
AWS<5
Lorazepam (2) 1 tab oral
หรือ Diazepam (5) 2 tab oral
ประเมิน ทุก 6-4 ชม.
ข้อมูลที่ต้องซักเพิ่ม ในผู้ป่วยมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์
1. รวมระยะเวลาที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
เป็นเวลา.....
2. ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม.....
3. ปริมาณที่ดื่ม...../วัน
ความถี่ในการดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์
4. ครั้งสุดท้ายที่ดื่ม
เวลา..... วดป.....ปริมาณ.....
5. ประเมิน AWS=.....คะแนน
ปริมาณยาที่ได้รับ.....
6. โรคร่วมทางกาย.....
7. อาการปัจจุบัน.....
.....,.....

แบบ ตจ.๑

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

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

แหล่งที่มาของข้อมูล...(เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ).....

.....

.....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

.....

.....

ประวัติความเจ็บป่วย (ถ้ามี).....

.....

.....

การตรวจทางร่างกาย.....

.....

.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

.....

.....

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (generalappearance)

.....

.....

.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect).....

.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech).....

.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination).....

ความคิดหลงผิด (delusion).....

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control).....

.....

.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....

.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide).....

.....

.....

อื่นๆ.....

.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

ความเห็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

☐ มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (โปรดระบุสิ่งที่ตรวจพบและเหตุผล)

☐ เห็นควรส่งต่อสถานบำบัดรักษา(ระบุชื่อหน่วยงาน)

☐ ไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเบื้องต้น

.....

.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ

หมายเหตุ ๑. การประเมินอาการเบื้องต้นดังกล่าวต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัด รักษา

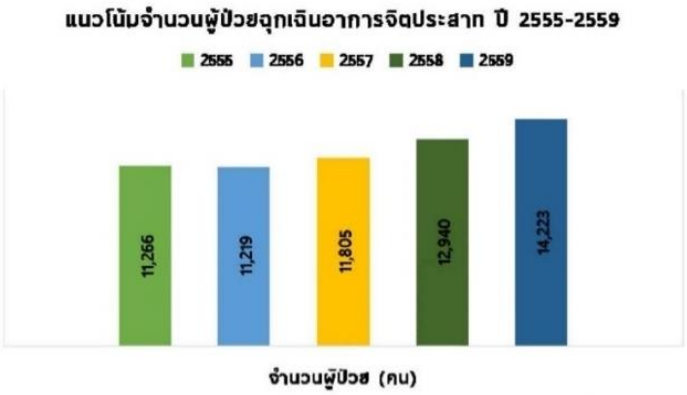
๒. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ แห่งพระราช บัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ

ภาคผนวก ง

แนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล

S3: Mental Health Emergency

คำจำกัดความ	**บริการจิตเวชฉุกเฉิน** คือ บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในภาวะเร่งด่วน ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมทำลายข้าวของ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น โดยจัดบริการเพื่อให้การดูแลภาวะจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อลดอาการรุนแรงของพฤติกรรมได้เบื้องต้น ตามความจำเป็น และสามารถจัดการอาการให้สงบลงได้ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง รวมถึงการส่งต่อหน่วยบริการเฉพาะทาง โดยประกอบด้วย การประเมินอาการเบื้องต้น การทำการวินิจฉัย ทำการดูแลรักษาเบื้องต้น การสื่อสาร การใช้ยาหรือผูกยึด ให้สงบอาการก่อนนำส่ง รพ.เฉพาะทางให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้าภายใน 48 ชม. นับตั้งแต่บุคคลนั้นมาถึงรพ. (พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551)
เป้าประสงค์ของการบริการ	เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น ลดความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
หลักการและเหตุผล	ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 1 ใน 8 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเพิ่มขึ้น 15%



ที่มา: Preliminary report ผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ กับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โรค/ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉินได้แก่

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

ประสิทธิภาพของการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ประกอบด้วย

- การฝึกอบรมบุคลากร
- มาตรฐานการจัดบริการทั้ง ด้านเครื่องมือ ยาฉุกเฉิน และสถานที่
- การจัดทำมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติในการดูแล รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

S3: Mental Health Emergency (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

- มีการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์จิตแพทย์ นักจิตวิทยา
- สื่อสารกับญาติและผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษา

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้แก่

- Safety คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย/ญาติ บุคลากรการแพทย์และผู้ป่วยอื่น
- Assessment คือ Mental Health Assessment ควบคู่กับการประเมินทางกาย
- Confirmation or Provisional Diagnosis คือการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
- Consultation คือการปรึกษาจิตแพทย์ นักจิตวิทยา ตามแนวปฏิบัติที่กำหนด

S3: Mental Health Emergency

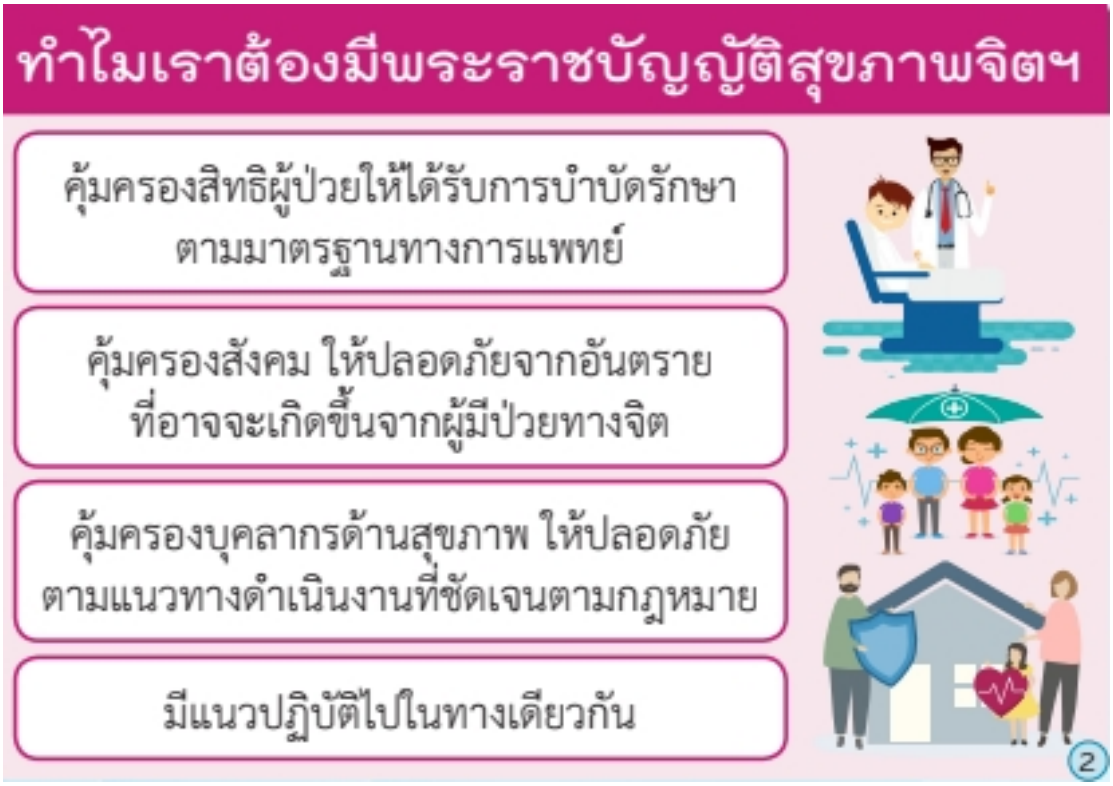
Resource	สถานพยาบาล								
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3	PCC	รพ.สต.
1.Skill/Service/System									
• Mental Health Triage	E	E	E	E	E	E	E	E	E
• Neuroleptic malignant syndrome	E	E	D	D	P	I	I	I	I
• Serotonin syndrome	E	E	D	D	P	I	I	I	I
• overdose and withdrawal from addicting substance	E	E	E	E	E	E	E	I	I
• Acute Psychosis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

Resource Matrix: ขีดความสามารถการจัดบริการ

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

ภาคผนวก จ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562



พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เมื่อวันที่20 กุมภาพันธ์ 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตาตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่2) พ.ศ. 2562 มุ่งเน้นให้ประชาชนและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเข้าสู่กระบวนการดูแลสุขภาพ 5 มิติ ดังนี้

1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต
2) ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต
3) ด้านการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต
4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5) ด้านการปกป้องคุมครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม

ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ

หมวดที่ 1 คณะกรรมการ

ส่วนที่ 1 คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ มาตรา 5 - มาตรา 11

อำนาจหน้าที่

1. เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคมต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคาม
3. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการและการอยู่ร่วมกันในสังคม
4. ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
5. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิต
6. กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ
7. ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้
8. รายงานการติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชน
9. ปฏิบัติการอื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจโดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ และประชาชนในทุกภาคส่วน

ส่วนที่ 2 คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มาตรา 12 - มาตรา 14

ให้หัวหน้าสถานบำบัดรักษาแต่งตั้งคณะกรรมการ สถานบำบัดรักษา อย่างน้อย 1 คณะ ดังนี้

อำนาจหน้าที่

1) ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ
2) พิจารณาความเห็นที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

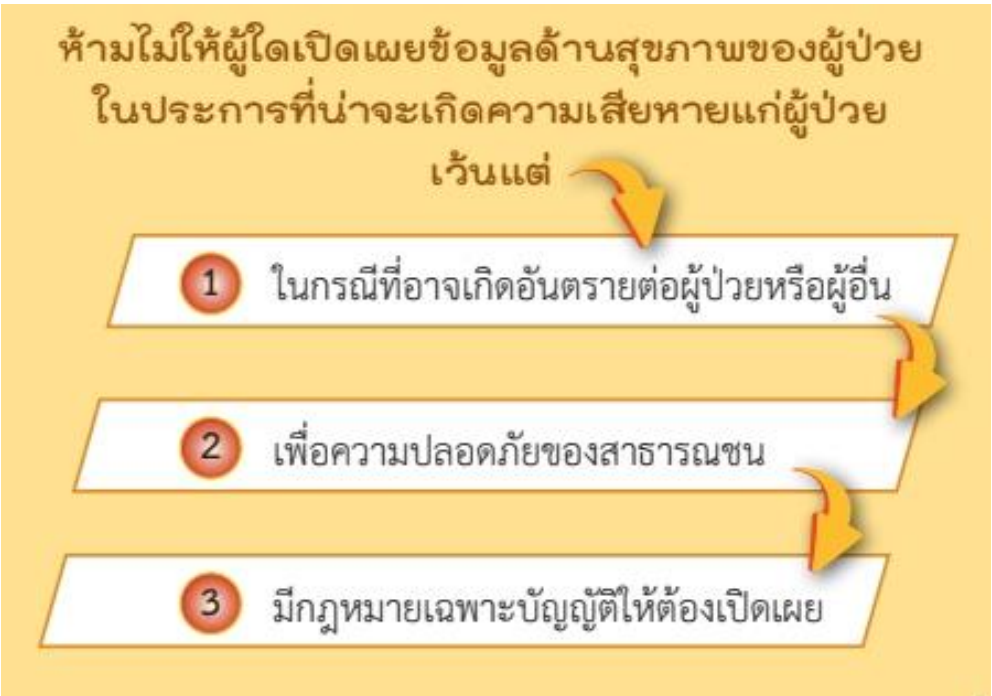
หมวดที่ 2 สิทธิผู้ป่วย

1) ได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (มาตรา15 (1))

2) ได้รับการคุ้มครองในการปกปิดข้อมูลไว้เป็นความลับ (มาตรา15 (2))

3) ได้รับการคุ้มครองจากการวิจัย (มาตรา 15 (3))

4) ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคมและระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาค (มาตรา 15 (4))



ได้รับการคุ้มครองจากการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อทุกประเภท ต้องไม่ทำให้เกิดความรังเกียจ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว (มาตรา 16/1)

การบำบัดด้วยการผูกมัดกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย (มาตรา 17)	กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่นภายใต้การดูแลของผู้บำบัดรักษา
การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (มาตรา 18)	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและประโยชน์ของการบำบัดรักษา
	กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต โดยที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาให้ความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์
การทำหมันผู้ป่วย (มาตรา 19)	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยทราบถึงเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา
การทำวิจัย (มาตรา 20)	ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคน

ได้รับการบำบัดรักษาทางกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางกาย แต่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและไม่มีผู้รับดูแล ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกายแทน (มาตรา 20/1)

หมวดที่ 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย

ลักษะของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ (มาตรา 22)

1. **ผู้ป่วยที่มีภาวะอันตราย**

- ☑ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต
- ☑ น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
- ☑ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือทรัพย์สินของตนเอง หรือผู้อื่น

2. **มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา**
   - ☑ ขาดความสามารถในการจัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
   - ☑ ไม่เข้าใจลักษะของความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งต้องได้รับการรักษา
   - ☑ ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากจากที่ตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาของแพทย์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี

กระบวนการในการรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดีหรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญาเป็นกระบวนการที่เพิ่มจากการเข้าจากที่กำหนดไว้แล้วในบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดีความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งตามมาตรา 29 (2) ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดย

1) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล
2) กรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน
3) แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม (1) และหน่วยงานตาม (2) แล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ

ให้ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคมทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต

ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

หมวดที่ 4 การอุทรณ์

หมวดที่ 5 พนักงานเจ้าหน้าที่

1) เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือ ยานพหนะใดๆ เพื่อนำบุคคลที่มีลักษณะมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา

2) ซักถามบุคคลใดๆ เพื่อทราบข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย พฤติกรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนของบุคคลตาม (1)

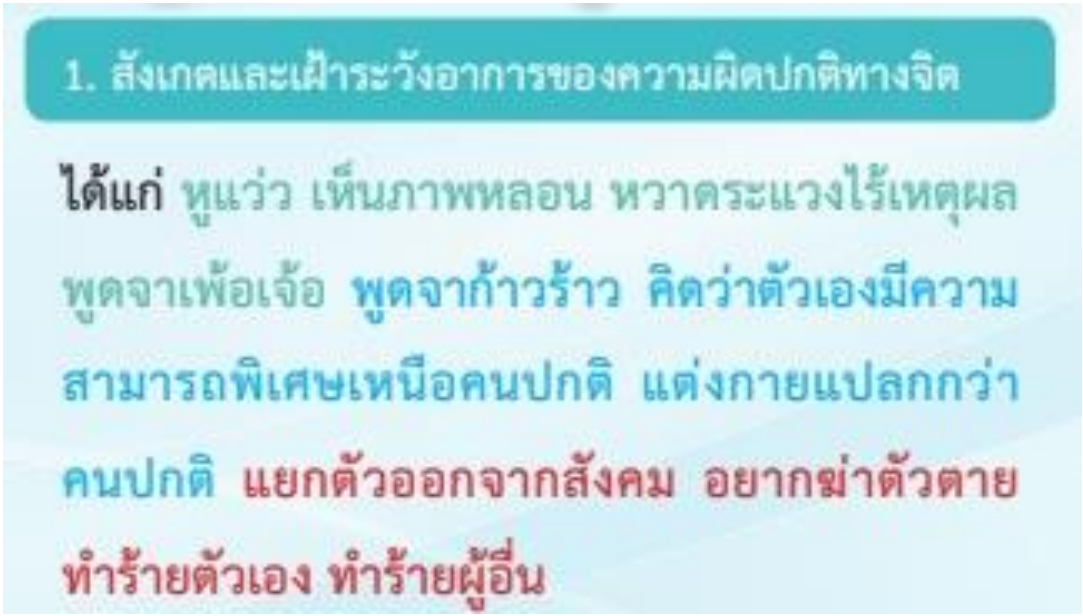
3) มีหนังสือสอบถามเรียกบุคคลใดๆมาเพื่อให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจ้งเป็นหนังสือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประสอบการพิจารณา โดยเจ้าหน้าที่อาจขอให้พนักงานฝ่ายปกครองตำรวจหรือผู้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือก็ได้ทั้งนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานเจ้าหน้าที่แสกงบัตรประจำตัวต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยมให้บุคคลที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร ทั้งนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นพนักงานคามประมวลกฎหมายอาญา

หมวดที่ 6 บทกำหนดโทษ

มาตรา 50 – มาตรา 53 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับ2) พ.ศ. 2562 กำหนดโทษทางอาญาไว้ เช่น ฝ่าฝืนโดยการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพอันจะทำให้เกิดตวามเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่เพื่อความปลอดภัยของสังคม การแจ้งความเท็จ เป็นต้น

ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้โดย

ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต



2. หากมีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

กรณีไม่เร่งด่วน

ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสายด่วนสุขภาพจิต โทร. 1323

กรณีมีภาวะเสี่ยง/อาการทางจิตไม่ทุเลา

ส่งต่อ

กรณีเร่งด่วน

1. มีภาวะอันตราย (ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม)
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

โปรดแจ้งบุคคลหรือหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

1669 หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน

งานฝ่ายปกครอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน)

ตำรวจ อบต. เทศบาล

นำส่ง

โรงพยาบาลใกล้เคียง/สถานบำบัดรักษา/โรงพยาบาลจิตเวช

15

รายนามผู้ร่วมพัฒนาคู่มือฯ ฉบับปรับปรุง และคณะทำงาน

ผู้ร่วมพัฒนาเนื้อหาฉบับปรับปรุง

(การประชุมหารือเพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) วันที่ 26 ธันวาคม 2568)

1.	ดร.นพ.วรภัคธรณ์	ก้องเปสลาพันธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
2.	พญ.ธนียา	วงศ์จงรุ่งเรือง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3.	พญ.พัชริน	ปิงเมืองแก้ว	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
4.	นางอุ่นจิตร	คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5.	นางศิรันยา	รอดเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
6.	นางสาวรัชนี	อุทัยพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
7.	นายณรงค์	ตั้งวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
8.	นางมัลลิกา	ชัยเพ็ชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
9.	นางพิมจันทร์	ภูแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
10.	นางสาวปิยะดา	ทุมสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
11.	นายบรรณวิชญ์	เพชรสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
12.	นางสุดา	ยุทธโท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
13.	นางไพลิน	ภูเฮืองแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
14.	นางณัฐปภัสร์	นาคะวิโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
15.	นางสาวสุคนธวรรณ	สุวรรณเรืองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
16.	นางสาวเอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
17.	นางสาวบังอร	อุทธชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
18.	นายกิจวัฒ	นาถวิล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
19.	นายวีรพล	คำน้อม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
20.	นางชุติกาญจน์	ทองสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง
21.	นายณภัทร	วรากรอมรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
22.	นางสาวกชพร	ศรีบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง
23.	นางดวงใจ	พลงาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
24.	นางสาวเกษสุดา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
25.	นางสาวเอื้องฟ้า	สอนสิงห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

คณะทำงานกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

1.	นางวีณา	บุญแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2.	ดร.วีร์	เมฆวิลัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
3.	นางพัทธนันท์	สอนวงษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
4.	นางสาวประภัสสร	เตียเย็น	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
5.	นางสาวพรรณภัทร	โฮ่กุล	นักวิชาการสาธารณสุข
6.	นางสาวลภัสรฎา	แพรสมบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุข
7.	นางสาวศศิพิมพ์	ประสาทศรี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2568