

คู่มือ

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือ

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ชื่อหนังสือ : คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

ISBN : 978-974-296-912-7

บรรณาธิการ : นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา

จัดพิมพ์โดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2563

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2563

จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด

คำนำ

ภาพข่าวตามสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นบุคคลปกติทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาด้านจิตเวช แต่มีบางส่วนที่ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน กรมสุขภาพจิต เห็นความสำคัญและกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) หรือเรียกว่า ผู้ป่วย SMI-V มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 มีการคัดกรอง ลงทะเบียน ให้การบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจง และนำระบบการจัดการรายกรณี (case management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน เน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งบุคลากร/ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้ใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตั้งแต่ปี 2561 และในปี 2563 ได้มีการทบทวนคู่มือดังกล่าวโดยมีการปรับนิยาม รายละเอียดของเกณฑ์ กระบวนการดำเนินงานให้มีความชัดเจนมากขึ้น ส่วนเนื้อหาที่ยังคงเหมือนเดิม เช่น ตัวอย่างการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการจัดการรายกรณี (case management) และเนื่องจากคู่มือดังกล่าวเน้นกระบวนการดูแลรักษาเชิงระบบ (System intervention) จึงได้ปรับชื่อใหม่เป็น “คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต”

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

คณะทำงาน

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1	
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	1
- ความเป็นมา	1
- คำนิยาม	2
- ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	2
- เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	3
- ความชุก	3
- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	9
- เครื่องมือ/แบบประเมิน	12
- การบูรณาการการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V	13
บทที่ 2	
กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	15
ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และในชุมชน	
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี	15
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก	15
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน	16
- ระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up)	16
- การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่าย	17
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	18
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	19
ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช	
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี	20
- ผังไหลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี	21
บทที่ 3	
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณี	25
(Case management)	
- วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง	25
ต่อการก่อความรุนแรง	
- องค์ประกอบในการจัดการรายกรณี	26
- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	26
ที่ใช้การจัดการรายกรณี (Case Management)	

-	กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน	27
-	กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีในชุมชน	27
-	ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)	28
-	บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน	28
-	บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน	29
-	บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีในชุมชน	30
-	บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในชุมชน	31
	ตัวอย่างการจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	34
-	แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical Pathway) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	35
-	แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute phase	36
-	แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะ Stabilized and Recovery phase	65
	เอกสารอ้างอิง	86
	ภาคผนวก ก	
-	ใบความรู้: อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล	90
-	คำนิยามของการบริการจิตเวช	91
-	เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	93
-	แนวทางการใช้ Clinical Global Impression (CGI)	95
	ภาคผนวก ข	
-	เครื่องมือ แบบประเมิน	97
-	แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	98
-	แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)	99
-	แบบประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression - Severity: CGI - S)	103
-	แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)	104
-	แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)	105
-	แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)	106
-	แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)	108
-	แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	110
-	แบบประเมินความสามารถ (International Classification of Functioning: ICF)	111
-	แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)	113

ตัวอย่างแบบติดตาม/แบบรายงาน

- แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance record form) 116
- แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย 118
- แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช 119
- แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน) 120
- แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี
แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D - METHOD 122

ภาคผนวก ค รายนามผู้ร่วมพัฒนาคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต 124

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรค	หน้า 4
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง	หน้า 5

สารบัญแนกภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะ ของความรุนแรง 6
แผนภูมิที่ 2	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38, F39) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะ ของความรุนแรง 7
แผนภูมิที่ 3	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท (F11 - F19 ยกเว้น F17) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 8
แผนภูมิที่ 4	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา (F10) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 9

ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



ความเป็นมา

กรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: SSS) หมายถึง ระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ จำเป็นต้องส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และเป็นบริการที่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของเขตสุขภาพ เช่น บริการนิติจิตเวช บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น บริการจิตเวชสูงอายุ โรคร่วมที่มีภาวะความรุนแรงสูง โรคร่วมสุรา ยาเสพติด โรคจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนอาการหายทุเลาจะมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหรือส่งต่อให้เขตสุขภาพดูแลในระดับพื้นที่ต่อไป

ขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงอีกกลุ่มหนึ่ง เมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้สุรา สารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญเกิดการสูญเสียญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นกรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญและกำหนดนโยบายให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่ง มีระบบดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างความเข้มข้นและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ ซึ่งเรียกว่า **“ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)”**

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) หมายถึง การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในรูปแบบที่เข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ โดยมีการคัดกรอง ลงทะเบียน การบำบัดรักษา/Intervention การติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตการเจ็บป่วย รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ที่เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ

การดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V เริ่มในปีงบประมาณ 2559 โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ จะพบคำว่า Serious Mental Illness หรือ Severe Mental Illness: SMI ซึ่งการให้คำนิยามแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย ได้นำนิยาม Serious Mental Illness ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) มาเป็นแนวทางในการกำหนดคำนิยามในครั้งแรกและได้มีการปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรง (violence) ของผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดคำนิยามที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

และเกณฑ์จำแนกผู้ป่วย SMI-V (กรมสุขภาพจิต, 2561) จากการดำเนินงานไประยะหนึ่งพบว่ามีปัญหา ข้อจำกัดของ นิยามและรายละเอียดของเกณฑ์จำแนกที่ไม่ชัดเจน ทำให้การนำไปปฏิบัติมีความแตกต่างกันในการคัดกรองผู้ป่วย SMI-V เข้ามาสู่กระบวนการดูแล ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2563 จึงได้มีการทบทวนนิยามและรายละเอียดของเกณฑ์อีก ครั้ง เพื่อให้มีความเฉพาะและชัดเจนมากยิ่งขึ้น



คำนิยาม (definition)

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อ**พฤติกรรมรุนแรง** หรือ**ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง** มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อ**พฤติกรรมรุนแรง**หรือ**ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง** มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน **โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้**

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)



ปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช (treatment gap และ duration of untreated illness) ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง
- ธรรมชาติของการกำเริบซ้ำ (relapse) : ผู้ป่วยจิตเวชมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง รุนแรง หากมีการกำเริบซ้ำทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้น ปัจจัยสำคัญคือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ
- การติดตามการรักษาต่อเนื่อง (adherence) : ผู้ป่วยจิตเวทยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารับรักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา
- ปัญหาการใช้สุรา สารเสพติด: ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา สารเสพติด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบหรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น



เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วย สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) กำเริบซ้ำ (relapse)
3. ผู้ป่วยไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น



ความชุก

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า (National Survey on Drug Use and Health, 2012) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5 (Fazel, 2009)

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V (ตามคำนิยามและเกณฑ์ผู้ป่วย SMI-V ปี 2558 และ ปี 2561) จำนวนสะสม 13,194 คน โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 คน (ร้อยละ 62.49) เป็นเพศหญิง จำนวน 4,949 คน (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 45 ปี จำนวน 6,977 คน (ร้อยละ 52.89) รองลงมาคือช่วงอายุ 46 - 59 ปี จำนวน 3,079 คน (ร้อยละ 23.34)



เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 คน (ร้อยละ 43.22) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - 39) จำนวน 3,874 ราย (ร้อยละ 30.36) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - 19) จำนวน 2,213 คน (ร้อยละ 17.34) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามกลุ่มโรค (N =12,762)

รหัสโรค	ชื่อกลุ่มโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
F00 - F09	ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย	331	2.59
F10 - F19	ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	2,213	17.34
F20 - F29	โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	5,516	43.22
F30 - F39	ความผิดปกติทางอารมณ์	3,874	30.36
F40 - F49	โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม	439	3.44
F50 - F59	กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ	14	0.11
F60 - F69	ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่	38	0.30
F70 - F79	ภาวะปัญญาอ่อน	120	0.94
F80 - F89	ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต	20	0.16
F90 - F98	ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น	31	0.24
โรคอื่นๆ	ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียด	166	1.30
	รวม	12,762	100.00

หมายเหตุ ไม่ได้ระบุรหัสการวินิจฉัยโรค จำนวน 432 คน



เมื่อพิจารณาผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 7,397 คน (ร้อยละ 56.80) รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน จำนวน 3,880 คน (ร้อยละ 29.80) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง

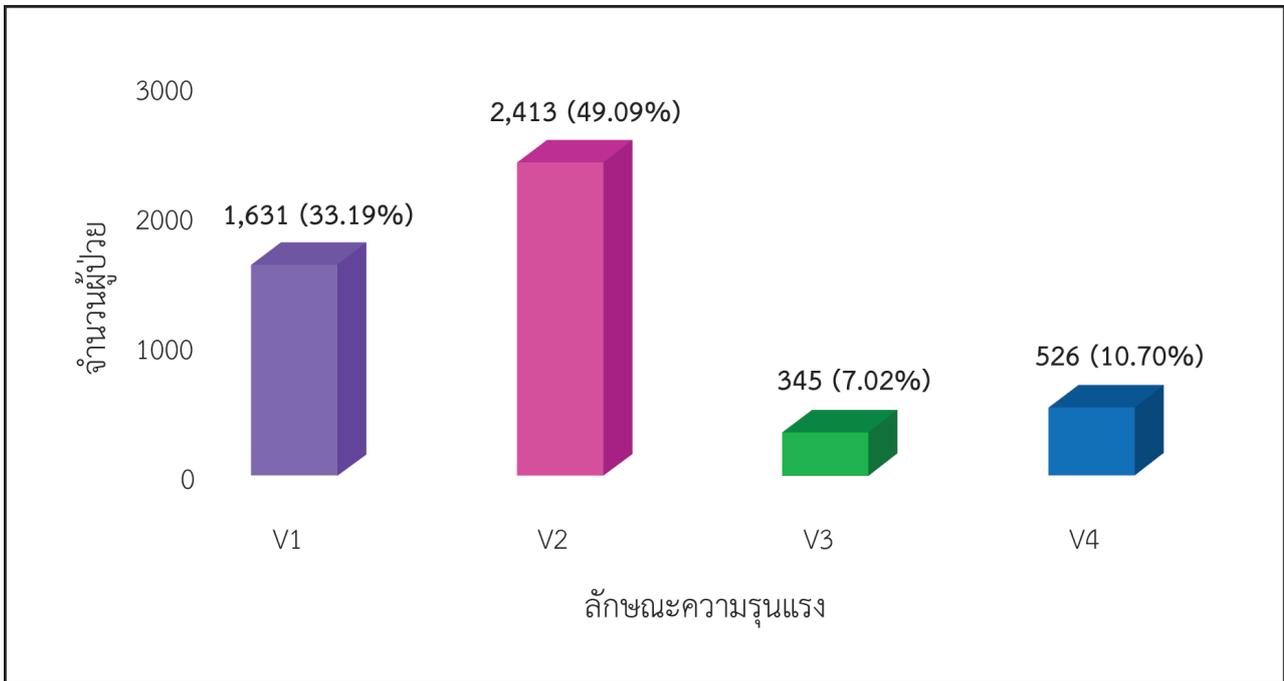
ลักษณะของความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
V1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	7,397	56.80
V2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน	3,880	29.80
V3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย	489	3.75
V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ฉ้อฉล)	781	6.00
ผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป	475	3.65
รวม	13,022	100.00

หมายเหตุ ไม่ได้ระบุลักษณะของความรุนแรง จำนวน 172 คน



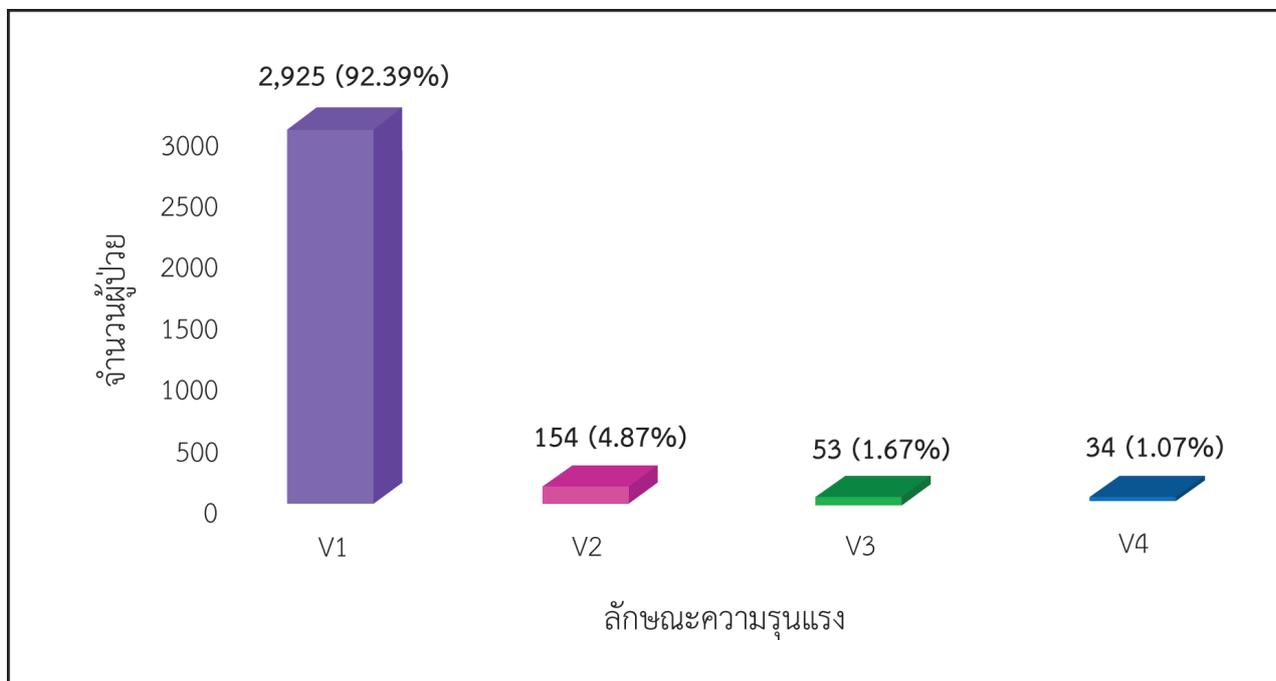
สำหรับผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) มากที่สุด จำนวน 4,915 คน และเมื่อจำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) มากที่สุด จำนวน 2,413 คน (ร้อยละ 49.09) รองลงมา เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) จำนวน 1,631 คน (ร้อยละ 33.19) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง (N = 4,915)



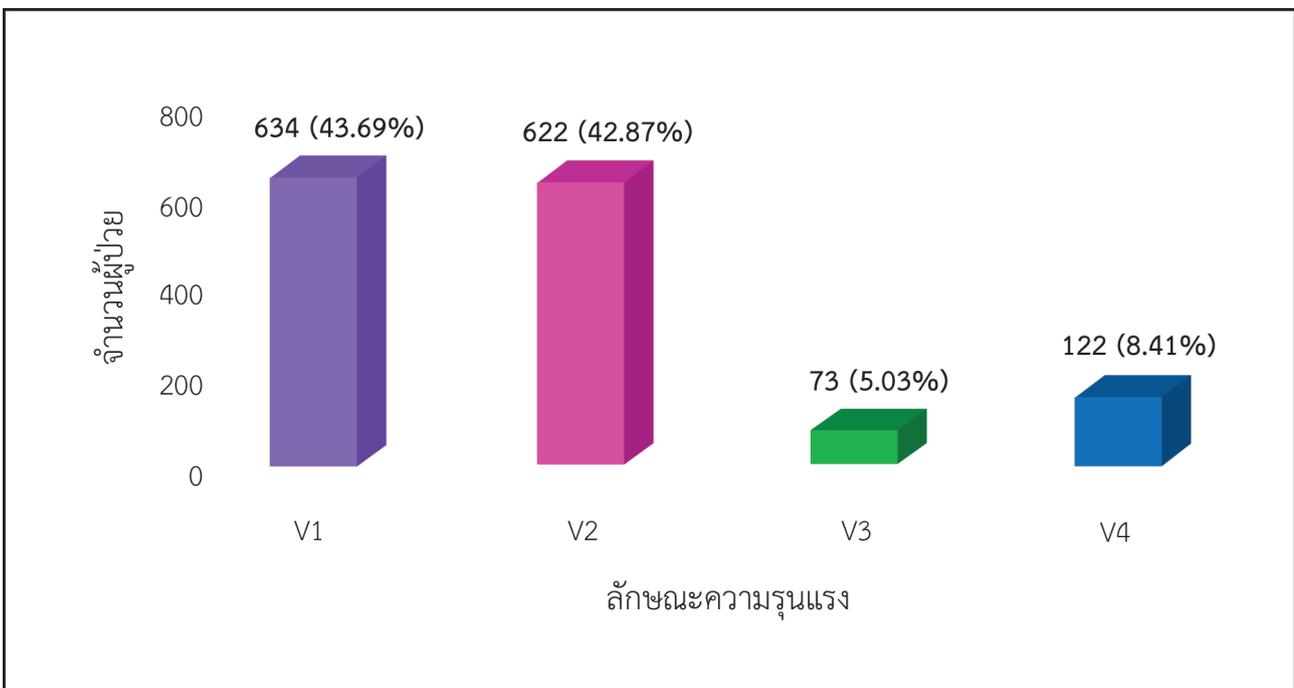
สำหรับผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38, F39) มากที่สุด จำนวน 3,166 คน และเมื่อจำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) เกือบทั้งหมด จำนวน 2,925 คน (ร้อยละ 92.39) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38, F39) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง (N = 3,166)



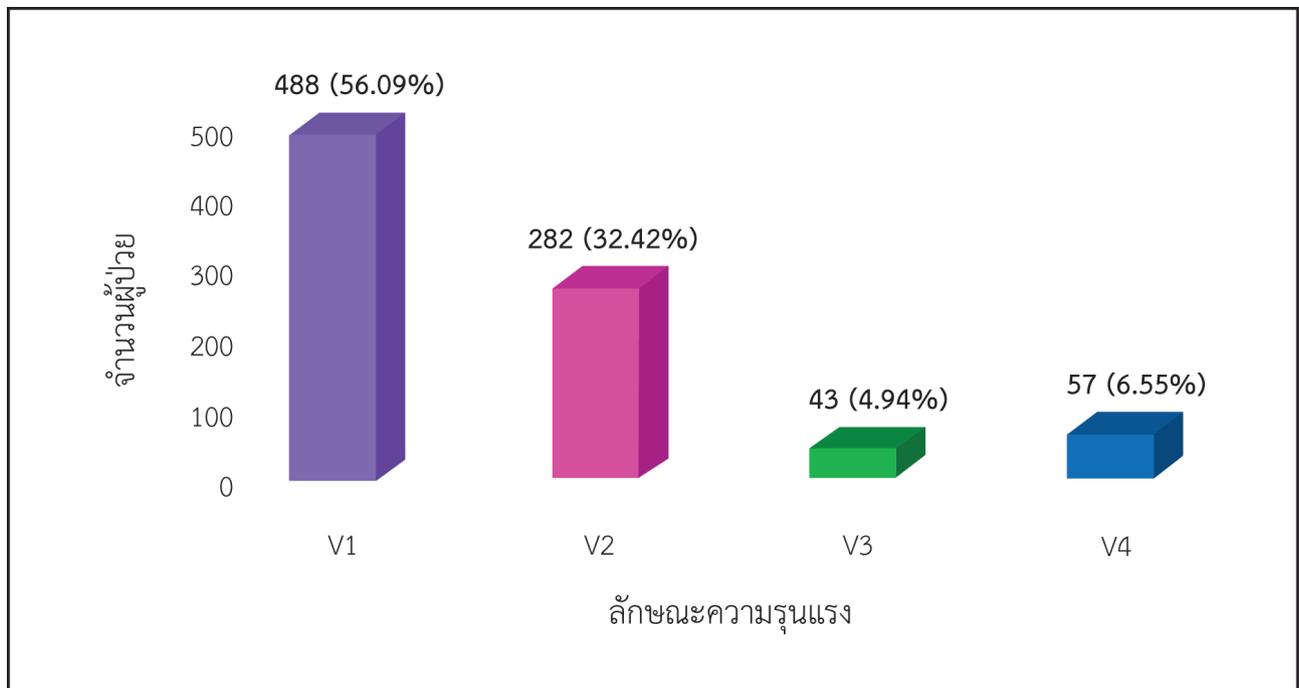
ผู้ป่วย SMI-V กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทจิตเภท (F11 - F19 ยกเว้น F17) จำนวน 1,451 คน จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่าเกือบเท่าๆ กัน เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) จำนวน 634 คน (ร้อยละ 43.69) และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน (V2) จำนวน 622 คน (ร้อยละ 42.87) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F11 - F19 ยกเว้น F17) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง (N = 1,451)



ผู้ป่วย SMI-V โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา (F10) จำนวน 870 คน จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง 4 ประเภท พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (V1) มากที่สุด จำนวน 488 คน (ร้อยละ 56.09) รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการรุนแรงในชุมชน (V2) จำนวน 282 คน (ร้อยละ 32.42) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา (F10) ที่เป็น SMI-V จำแนกตามลักษณะของความรุนแรง (N = 870)



(*ข้อมูลจากกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ณ เดือนตุลาคม 2558 ถึงกุมภาพันธ์ 2563)



เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส/เสียชีวิตในชุมชน
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง)

รายละเอียดของเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือชั่วนิรันดร์	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะตายจริงๆ หรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “กระทำด้วยวิธีอะไร?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนอย่างไรบ้าง?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “คุณเคยคิดว่ามีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณหรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “แล้วคุณทำอะไร?” “บุคคลนั้นเป็นใคร?” (ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่ามีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะมุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย) “คุณเคยคิดว่า... คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่จะเขาจะมาทำร้ายคุณหรือไม่?” หรือ “เพราะเหตุใดคุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่?”</p>
<ul style="list-style-type: none"> ยิงตัวเองด้วยปืน แขวนคอ ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกภายในหรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์ 	<ul style="list-style-type: none"> มีความคิดจะทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายตนเอง/ผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว เพื่อมุ่งร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย



รายละเอียดของเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (ต่อ)

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง)
<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทง เหนือ ปาดตัวเอง ● ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ ● ทำใหยานยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆที่ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น ● ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง ● ใช้ควีนไฟ เปลวไฟรมตัวเอง ให้หายใจไม่ออก ● ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต ● มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาคีร์ชะโวกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง เป็นต้น ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดตัวประกัน ● พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง ● ขว้างปาสิ่งของที่อันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน ● อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย ● ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ● ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ ● ช่มชู้ ล่วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเราผู้อื่น ● บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง





เครื่องมือ/แบบประเมิน*

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินอาการผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถ

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

แบบติดตาม/รายงานต่างๆ

1. แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance record form)
2. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย
3. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
 - แบบฟอร์มติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช
 - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)
4. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี
 - แบบบันทึกเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D - METHOD

หมายเหตุ เครื่องมือ/แบบประเมิน* : แบบประเมิน แบบติดตาม แบบรายงานต่างๆ รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก





การบูรณาการ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V

จากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V มาอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแล ฝ้าระวัง ติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 : มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา 1) มีภาวะอันตราย 2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ในมาตรานี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน) ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และให้ความสำคัญการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เป็นต้น
2. โครงการบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เป็น PM) กลุ่มเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง F20-F29 และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ได้รับการดูแล ติดตามฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน
3. ความร่วมมือการป้องกัน ฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดผลกระทบของผู้ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีพฤติกรรมรุนแรงและเป็นอันตรายต่อสังคม กลุ่มเป้าหมายหนึ่งคือ ผู้ป่วย SMI-V โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ปปส. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตแบบบูรณาการ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ได้พัฒนารูปแบบความร่วมมือการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่ง (สารเสพติด อาการทางจิต หรืออื่นๆ) เป็นการทำงานแบบบูรณาการระหว่างตำรวจ (191) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในพื้นที่
5. ระบบข้อมูลผู้ป่วย SMI-V กรมสุขภาพจิตได้ขอกำหนดรหัสมาตรฐานข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย SMI-V ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม SPECIALPP) ของกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช และในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช
มีกระบวนการให้บริการ ดังนี้

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี :
 - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก
 - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยใน
 - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแพนผู้ป่วยนอก

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ OPD หรือ ER พยาบาลจะซักประวัติ สัมภาษณ์ และประเมินผู้ป่วยว่าเป็น SMI หรือไม่ โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วย SMI แล้ว ให้คัดกรองพฤติกรรมรุนแรง ตามเกณฑ์คัดกรอง SMI-V 4 ข้อ พบว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์ SMI-V ในข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึงเป็นผู้ป่วย SMI-V ให้มีการลงทะเบียนและทำสัญลักษณ์ผู้ป่วย SMI-V ที่เวชระเบียน และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ในโปรแกรม/ระบบข้อมูลของหน่วยงานกำหนดไว้ กรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วย SMI-V ให้ดูแลตามโรคและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
2. พยาบาลประเมินระดับพฤติกรรมความรุนแรงและอาการของผู้ป่วย SMI-V โดยใช้แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินระดับความรุนแรงอื่นๆ
3. แพทย์ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา พิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน CGI - S หรือแบบประเมินอื่นๆ
4. กรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาล/สหวิชาชีพจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) และเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อ/โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย



การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพนกผู้ป่วยใน

1. พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพประเมินอาการและปัญหาของผู้ป่วย SMI-V ตามเกณฑ์ Case Management ได้แก่ High Cost, High Volume, High Risk กรณีเข้าเกณฑ์เข้าสู่ระบบการดูแลแบบ Case Management
2. กรณีไม่เข้าเกณฑ์ Case Management แพทย์/ทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลตามโรคและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล
3. ทีมสหวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยรายบุคคล ในกรณีผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน หรือมีประวัติความรุนแรงมาก ควรมีการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่าย และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาล/สหวิชาชีพจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) และเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อ/โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย



ระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up)

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

1. ทีมสหวิชาชีพตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนในการประสาน และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ที่อยู่ คำยินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา เป็นต้น
2. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการติดตามเยี่ยม
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทีมสหวิชาชีพจะติดตามผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มารับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 1 - 2 สัปดาห์ หากไม่มาตามนัดเกิน 2 สัปดาห์ พยาบาลประสานญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อวางแผนติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการตามแผน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน ให้การปรึกษาครอบครัว เป็นต้น
 - 2.2 กรณีติดตามผู้ป่วยได้แต่ไปรักษาที่อื่น ทีมสหวิชาชีพประสานเครือข่ายและวางแผนการติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้กับ รพ.จิตเวชแม่ข่ายและเครือข่ายในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - 2.3 กรณีติดตามผู้ป่วยได้แต่ไม่มารับการรักษา ทีมสหวิชาชีพประสานญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อวางแผนติดตามผู้ป่วย/ส่งข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ดำเนินการตามแผน ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน ให้การปรึกษาครอบครัว เป็นต้น
 - 2.4 กรณีติดตามผู้ป่วย SMI-V ไม่ได้เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ผู้รับผิดชอบการติดตามส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบทะเบียนผู้ป่วย SMI-V ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อพิจารณาดำเนินการอื่นๆ ตามความเหมาะสม
3. กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบให้ญาติ/ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่ ดำเนินการส่งต่อตามระบบบริการสุขภาพ โดยจัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับรับ/ส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและเครือข่าย



การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่าย

กรณีผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมความพร้อม

1. การเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล

1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

- การประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วย ทราบแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาถูกต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ

- การประเมินด้านทัศนคติและความคาดหวัง เพื่อทราบความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหา และอุปสรรคของผู้ป่วย

- การประเมินด้านการปฏิบัติตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลตัวเอง ทักษะการจัดการปัญหาและความเครียด การควบคุมอารมณ์ ทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การปฏิเสธ เป็นต้น รวมถึงทักษะทางอาชีพ

2) การเตรียมข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้านร่างกายและทางจิต ความคาดหวัง ความต้องการทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ความสามารถในการดูแลตนเอง แผนการดูแลตนเอง ภาพถ่ายการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้

- ประวัติครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว สภาพครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ ความต้องการ ความคาดหวังของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา

- โครงสร้างของชุมชน สภาพชุมชน ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แหล่งสนับสนุนทางสังคม

3) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร

- เตรียมทีมสหวิชาชีพ

- การประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน วางแผนการดำเนินการช่วยเหลือ กำหนดบทบาท หน้าที่ และมอบหมายการปฏิบัติงาน เช่น เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึก ผู้ประสานงาน

- การประสานงานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน และกำหนดวันนัดหมายที่จะลงปฏิบัติงานในพื้นที่

- เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ ใบส่งตัวผู้ป่วย แบบประเมินต่างๆ เวชภัณฑ์ยา โทรศัพท์ กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง ภาพผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจกรรม

2. การเตรียมความพร้อมชุมชน

การเตรียมชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน แกนนำชุมชน เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อรองรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน

ขั้นเตรียมการ

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน แจกวัสดุประสงค์ของการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัวและชุมชน
- ประเมินทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน

โดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็น มุมมองต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

ขั้นดำเนินการ

- ค้นหา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ
- ประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องในชุมชน การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลแหล่งดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจากการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

ขั้นสรุปและประเมินผล

- สรุปและประเมินผลการเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน

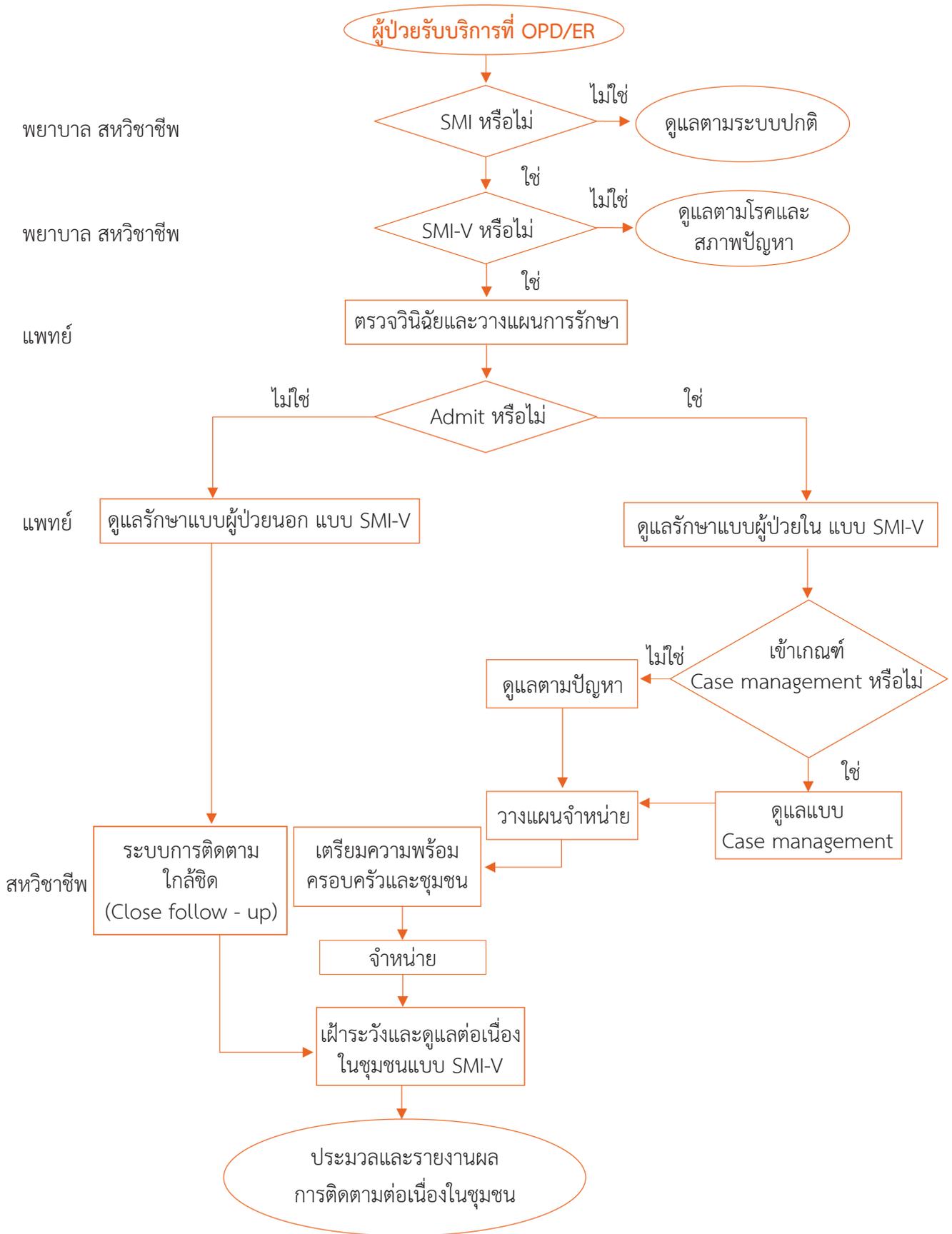


การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

การดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน มีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน/อาการกำเริบ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ปกป้อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง หรือผู้อื่นซ้ำ ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลช่วยเหลือและจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ในแต่ละสถาบัน/โรงพยาบาล วางแผนติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน โดยนำข้อมูลผู้ป่วย SMI-V เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติ ที่อยู่ คำยินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา ปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น จากแผนกผู้ป่วยนอก/ใน มาวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำ
2. พยาบาลจิตเวชชุมชนหรือทีมสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย ติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับเครือข่าย มีการประเมินระดับอาการ พฤติกรรมความรุนแรง และปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้แบบติดตาม เช่น แบบติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน ฯลฯ และเครื่องมือวัดอาการทางจิตและระดับพฤติกรรมความรุนแรง (CGI - S/OAS/PVSS) ในปีแรกจะติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายภายใน 7 วัน และติดตามต่อเนื่อง 1/3/6/9/12 เดือน สำหรับปีที่ 2 ขึ้นไปการติดตามดูแลอย่างน้อยทุก 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย
3. สำหรับเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ผู้รับผิดชอบส่งต่อให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง โดยมีโรงพยาบาลจิตเวชเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด
4. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ความเสี่ยงที่ต้องฝ้าระวังกับเพื่อนบ้าน อสม. แกนนำชุมชน หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย และส่งเสริมการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย
5. ประมวลผลและรายงานผลการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ผู้รับผิดชอบดำเนินการประมวลผลและวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในแต่ละรายตามระยะเวลาและช่องทางที่กำหนด

ผังไหลที่ 1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช

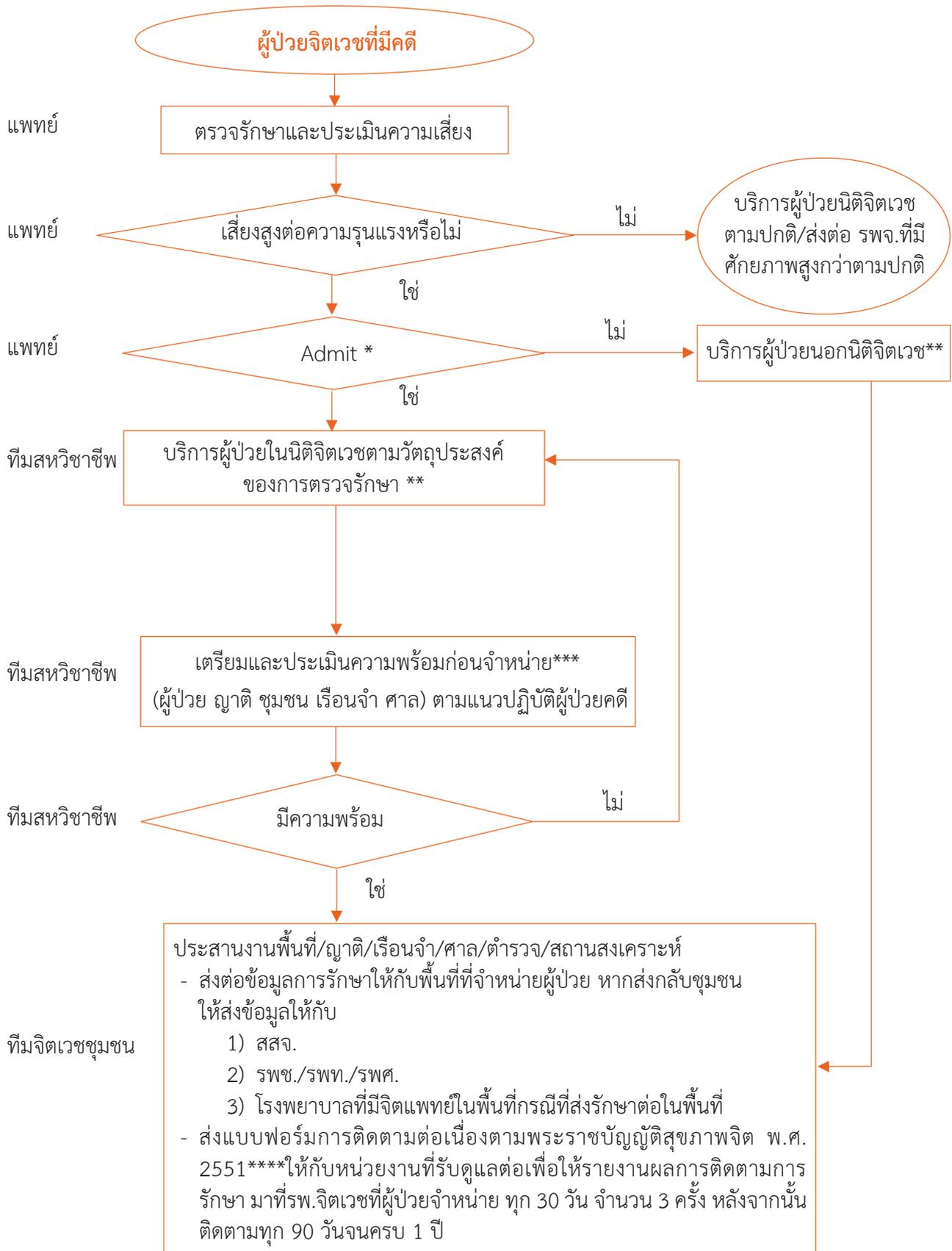


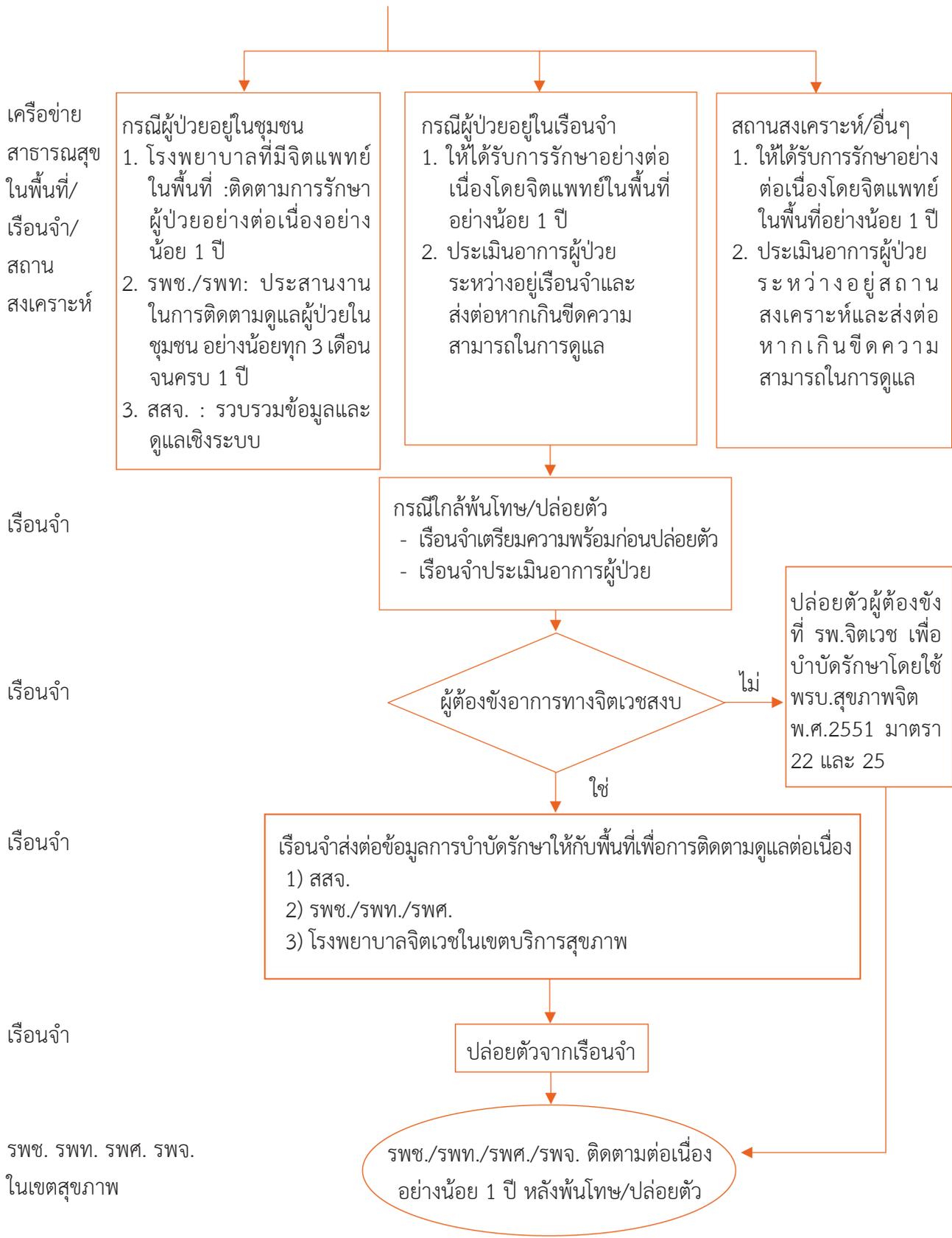
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี

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

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

ผังไหลที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี





เครือข่าย
สาธารณสุข
ในพื้นที่/
เรือนจำ/
สถาน
สงเคราะห์

เรือนจำ

เรือนจำ

เรือนจำ

เรือนจำ

รพช. รพท. รพศ. รพจ.
ในเขตสุขภาพ

หมายเหตุ

- * การพิจารณา admit แล้วแต่อาการและความรุนแรงของโรค รวมถึงภาวะอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ยกเว้นการส่งตามกฎหมายอาญามาตรา 48 ต้อง admit ทุกราย
- ** บริการผู้ป่วยนอกนิติจิตเวชและบริการผู้ป่วยในนิติจิตเวช ให้ปฏิบัติตามผังไหลการบริการโดยแบ่งตามประเด็นด้านกฎหมาย ดังนี้
 - ผังไหลการบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 และผังไหลการบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 (การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก/ใน) ตามแนวทางการบริการผู้ป่วยนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 14 สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 - ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามกฎหมายอาญามาตรา 48 ตามแนวทางการบริการผู้รับบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 (มาตราเพื่อความปลอดภัย) สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 - ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามกฎหมายอาญามาตรา 56 ตามแนวทางการบริการผู้รับบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 สำหรับบุคลากรทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 - ผังไหลการบริการนิติจิตเวชที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา
- *** ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย (ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน เรือนจำ) โดยแบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D - METHOD
- **** แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
 - ตามแบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับชุมชนหรือ แบบฟอร์มการติดตามต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กรณีจำหน่ายกลับเรือนจำเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ส่งตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 และ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56

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

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการจัดการรายกรณี (Case management)

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) เป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่สุดที่ก่อความรุนแรงเนื่องจากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ขาดยา ไม่ได้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และบางรายมีปัจจัยกระตุ้นคือการใช้สุรา/สารเสพติด ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือไปก่อเหตุความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้มข้น มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การจัดการรายกรณี (case management) สามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีความต้องการการดูแลและแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน จากทีมสหวิชาชีพ โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway/care map) กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิด เน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ และมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ซึ่งเป็นผู้ดูแล ติดต่อประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้การจัดการรายกรณี (case management) ในระยะเริ่มต้น สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สามารถใช้การจัดการรายกรณีที่แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งมีความพร้อมสามารถใช้การจัดการรายกรณีในชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ/ความพร้อมจากหลายภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่



วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

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



องค์ประกอบในการจัดการรายกรณี

1. ระบบการดูแลต่อเนื่องครบวงจรจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่ชุมชน

- 1.1 ระบบการจัดการรายกรณี (case management)
- 1.2 ระบบวางแผนจำหน่าย (discharge planning)
- 1.3 ระบบส่งต่อ (referral system)

2. เครื่องมือ/อุปกรณ์

2.1 แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) / แผนการรักษา (care map) ผู้ป่วย SMI-V ระยะ Acute phase, Stabilized phase, และ Recovery phase

- 2.2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (variance record form)
- 2.3 แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย

3. แบบประเมินผู้ป่วย (screening) และแบบวัดผลลัพธ์การดูแล

- 3.1 แบบประเมินอาการทางจิต : BPRS, HoNOS, PANSS, CGI - S
- 3.2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง : OAS, PVSS
- 3.3 แบบประเมินความสามารถ : ICF
- 3.4 แบบประเมินความสามารถโดยรวม : GAF



เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ใช้การจัดการรายกรณี (case management)

1. ผู้ป่วย SMI-V ที่กลับมารักษาซ้ำ (re - admit) ภายใน 28 วัน
2. ผู้ป่วย SMI-V ที่ admit เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
3. ผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหาสังคมจิตใจ ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เช่น
 - ไม่มีผู้ดูแล/เร่ร่อน
 - มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช/พิการมากกว่า 2 คน
 - ครอบครัว/ชุมชน ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
 - ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (high emotional expression)
4. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา (medication non adherence)
5. มีการใช้ alcohol/substance misuse
6. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยพฤติกรรม/ความคิดทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น

*ทั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกใช้การจัดการรายกรณี (case management) สามารถปรับได้ตามเงื่อนไขความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล



กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีแพนกวผู้ป่วยใน

- 1. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** ประจําหอผู้ป่วยจะประสานทีมสหวิชาชีพมาประเมินผู้ป่วยและครอบครัวภายใน 1 - 2 สัปดาห์ นำเสนอการประชุม case conference เพื่อวางแผนให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยร่วมกันตามแผนการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (clinical pathway) และปรับแผนการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละช่วงเวลาตาม clinical staging ที่ทีมได้วางแผนไว้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่วางไว้
- 3. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** จะเป็นผู้ที่ควบคุมกำกับ (monitor) และบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจครอบคลุมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง และจัดประชุมทีมสหวิชาชีพตาม clinical pathway นอกจากนั้นจะต้องติดตามเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ (clinical staging) ทุกวันและทุกเวร หากไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ผู้จัดการรายกรณี (case manager) จะทำการประเมินค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือญาติ และบันทึกในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (variance form) หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ระบุใน clinical pathway จะประสานทีมสหวิชาชีพในการประชุมเพื่อจัดการกับปัญหาความแปรปรวนร่วมกัน
- 4. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** จัดประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยและดำเนินการแจ้งญาติเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบพร้อมที่จะกลับบ้าน
- 5. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** จะสรุปผลการดูแล ฟื้นฟู และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน ลงในแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ เพื่อส่งต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายผ่านงานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย โดยส่งต่อข้อมูลดังกล่าวตามแนวทางการปฏิบัติของระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเครือข่าย และจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพด้วยระบบ case management และติดตามร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่



กระบวนการทำงานของการจัดการรายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

- 1. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ในชุมชน** ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายร่วมกับทีมผู้ป่วยใน และพิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) ในการส่งต่อติดตามการดูแล และประเมินบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยในชุมชนจากแบบฟอร์มการตอบรับผู้ป่วยจิตเวชหรือโปรแกรมการส่งต่อหรือ line application, email โดยประสานเครือข่ายส่งข้อมูลย้อนกลับมายังผู้รับผิดชอบ (งานจิตเวชชุมชน/ฝ่ายพัฒนาเครือข่าย/หน่วยงานที่รับผิดชอบ) ตามระยะเวลาที่กำหนด
- 2. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** จะเป็นผู้ควบคุมกำกับ (monitor) ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง (follow - up) ทั้งในโรงพยาบาลและในเครือข่ายหรือชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจครอบคลุมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบฟอร์มทะเบียนการส่งต่อหรือโปรแกรมการส่งต่อ (line application, email) เพื่อติดตามการดูแลรักษาของผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่อง
- 3. ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** นัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการกับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ในกรณีที่ผู้ป่วย/ญาติ มีปัญหาทางสังคมจิตใจยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ผู้จัดการรายกรณี (case manager)/ ทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดทางสังคมจิตใจและการฟื้นฟูเพื่อแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิต

5. **ผู้จัดการรายกรณี (case manager)** ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประชุมประเมินผลและสรุปผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งพิจารณาปฏิบัติการใช้การจัดการรายกรณี



ผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

ผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเริ่มจากการพิจารณาว่าผู้ป่วยสมควรใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยใน จัดประชุมสหวิชาชีพ นำเสนอการประชุม case conference เพื่อวางแผนการดูแลและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

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

คุณสมบัติของผู้จัดการรายกรณี

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพอื่นที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี
2. เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิต หรือ ป.โท สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เป็นผู้ผ่านการอบรมความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยรายกรณี



บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีแผนกผู้ป่วยใน

1. เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี โดยประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากแบบฟอร์มต่างๆ เช่น OPD card แบบฟอร์มซักประวัติและการตรวจสุขภาพจิต
2. วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวันหรือสัปดาห์
3. ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาล เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
4. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนของผู้ป่วย วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย รวมทั้งการประสานงานกับผู้จัดการรายกรณีในชุมชน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย
5. จัดประชุมและเป็นผู้นำในการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วย ประสานงานในการประชุมปรึกษาเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเหมาะสม จัดการประชุมทีมสหวิชาชีพทุกครั้งที่มีปัญหาในการดูแลเกิดขึ้นซึ่งทำให้ผลลัพธ์การดูแลเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่กำหนดไว้

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดประชุมชี้แจง เพื่อให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรในทีมมีความเข้าใจตรงกัน มีความพร้อมและมีศักยภาพที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

7. จัดทำบันทึกรวบรวมสถิติและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการบริการ และการศึกษาวิจัยต่อไป



บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยใน

1) จิตแพทย์ มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัย ค้นหาปัญหา กำหนดการบำบัดรักษา ติดตามประเมินผลการรักษา ร่วมวางแผนฟื้นฟูและจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โดยมีแนวปฏิบัติและแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (clinical pathway) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ให้บริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมิน และบันทึกความเปลี่ยนแปลง หรือความแปรปรวน (variance) ที่เกิดขึ้น และตรวจสอบหาสาเหตุที่เกิดขึ้นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่ประเมินและจำแนกผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการรักษาพยาบาล โดยการสังเคราะห์ความรู้ และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การปฏิบัติตาม clinical pathway และแผนการดูแลเฉพาะราย การประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การช่วยเหลือและการบำบัดทางจิต การสอนการให้คำปรึกษา โดยใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (psychosocial) และชีววิทยา (biophysical sciences)

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

4) นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ช่วยเหลือในด้านปัญหาทางสังคมและจิตใจของผู้รับบริการ โดยประเมินสภาพครอบครัว สังคม และความต้องการทางด้านสังคมและจิตใจของผู้ป่วย เป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ตลอดจนการค้นหาแหล่งทรัพยากร ประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

5) นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด มีหน้าที่ 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง การฟื้นฟูระยะนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีปฏิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม โดยการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการทำงาน เบื้องต้น วิเคราะห์/สังเคราะห์ และเลือกใช้กิจกรรมรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อาจเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่ายๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้นๆ เช่น การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย บำบัดอาการ/พฤติกรรม และส่งเสริมสมรรถภาพจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็งที่จะจัดการกับปัญหาได้

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

6) เกสัชกร มีบทบาทและหน้าที่ระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 ด้าน Dispensing inventory คือ การเตรียม การจัดหา การบริหารยาและเวชภัณฑ์ การจัดและจ่ายยาระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และทันเวลาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์

1.2 ด้าน Counseling คือ การให้ข้อมูล คำปรึกษา ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่มสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

1.3 การประเมินผลจากการใช้ยากรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

1.4 การติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่มี therapeutic index แคบๆ มีโอกาสที่จะเกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา การติดตามระดับยา การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (DUE) ในบัญชียาแห่งชาติประเภท ง.

1.5 วางแผนการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ภูมิลำเนา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

7) นักโภชนาการ เป็นผู้วางแผนการจัดอาหารและบริการอาหารให้กับผู้ป่วย ตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด เสริมการรักษาของแพทย์เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ติดตาม ประเมินผลการบริการให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง



บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการสายกรณีในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

1. เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายร่วมกับแผนกผู้ป่วยใน
2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้
3. ร่วมในการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ให้มีความเหมาะสมก่อนส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน
4. พิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) ในการติดตามการดูแลประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
5. ประสานและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยปฏิบัติงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง ติดตามดูแลผู้ป่วย และประเมินผลร่วมกับเครือข่ายทุก 1, 3 เดือนหรือจนกว่าเครือข่ายสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีแล้ว
7. ร่วมกับทีมให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยแก่เครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและร่วมสร้างทัศนคติ
8. จัดประชุมเพื่อเสนอความคิดเห็นแก่ทีมสหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

9. ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย
10. นิเทศงานผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ (ในกรณีที่ขอคำปรึกษา)
11. จัดทำบันทึกข้อมูลสถิติเพื่อพัฒนาปรับปรุงการบริการ และการศึกษาวิจัยต่อไป



บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล)

1. จิตแพทย์

1.1 กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤติ มีบทบาทดังนี้

(1) วางแผนการดำเนินงานก่อนออกปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดแผนการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

(2) ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดตามบทบาทของจิตแพทย์

(3) เป็นที่ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในพื้นที่แก่ทีมผู้ปฏิบัติงาน

(4) ติดตามผลการดำเนินงาน โดยประเมินผลเป็นระยะๆ ตลอดจนพิจารณายุติการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน โดยส่งต่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ดูแลต่อไป

1.2 กรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

(1) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพจิตในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาหรือแนวทางการรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

(2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ในการให้การบำบัดรักษา

(3) ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชน

2. พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ดังนี้

2.1 ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยมตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2.2 ออกติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.3 ให้การปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่อง

(1) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง

(2) การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

(3) การแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) สิทธิบัตรต่างๆ และการติดต่อรับบริการ

(5) การดูแลญาติแบบองค์รวม

2.4 ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม

2.5 จัดทำเอกสารรายงานผลการติดตามเยี่ยม

3. นักสังคมสงเคราะห์ เป็นทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหา ยุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 ร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชน พร้อมทั้ง กำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

1.2 ศึกษาประวัติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย OPD card และเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตามกระบวนการสังคมสงเคราะห์

1.3 ร่วมประสานงานแหล่งทรัพยากรในชุมชน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่จะ ดำเนินการติดตามเยี่ยม และเตรียมความพร้อมในเรื่องของการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยและผู้นำชุมชนในการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

2.1 ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามกระบวนการ ทางสังคมสงเคราะห์ ให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้การ ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 ร่วมประสานกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวในชุมชน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ

2.4 ร่วมประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น วัด โรงเรียน องค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล

3.1 วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้จัดการ รายกรณี (case manager) พร้อมทั้งร่วมกำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยมในกรณีต้องติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3.3 ประเมินปัญหาทางสังคมและความสามารถในการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อประกอบการพิจารณาร่วมยุติการติดตามเยี่ยมกับผู้จัดการรายกรณี (case manager)

3.4 ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

4. นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา

4.1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือและกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิก

(1) ค้นคว้าข้อมูลของผู้ป่วย

(2) สัมภาษณ์ญาติ

4.2 วางแผนแก้ไขปัญหา

(1) ดำเนินการตามกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิก

4.3 ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

ปฏิบัติตามกิจกรรมในแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในข้อ 4.2

4.4 ประเมินผลการดำเนินงาน

- (1) เก็บรวบรวมข้อมูล
- (2) วิเคราะห์ข้อมูล
- (3) เขียนรายงาน

5. เกสัชกร

5.1 ด้าน Dispensing เป็นผู้ประสานงานในการกำหนดทางเลือก เพื่อรับบริการตรวจรักษาให้มีความเหมาะสม สะดวกและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นำไปสู่การได้รับยาอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาพยาบาล

5.2 ด้าน Consultation คือ การให้ข้อมูลคำปรึกษา ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทีมสุขภาพของหน่วยงานภายนอกอื่นๆ นำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างอยู่ในชุมชน ภูมิลำเนาให้สามารถบริหารยาได้ถูกต้อง

5.3 ให้ข้อมูล คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรงกรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

5.4 ด้าน Drug monitoring คือ การติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาล

5.5 วางแผน นิเทศ ติดตามงานด้านเภสัชกรรมหน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขหรือดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

5.6 วางแผน ติดตามและประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยน หรือปรับขนาดความแรงของยาที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

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

7. นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด ศึกษาข้อมูลเตรียมชุมชน วางแผน ประสานองค์กรในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางการจัดทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ให้ความรู้คำแนะนำแนวทางการดูแลและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยแก่ญาติและบุคลากรในชุมชนนั้นๆ เพื่อการดำรงชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ตัวอย่าง การจัดการรายกรณี :

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

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

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้ระบบ Case management และระบบส่งต่อให้กับเครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ (collaborative team) ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (clinical pathway) ที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมในการใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลครอบคลุมและต่อเนื่องแบบองค์รวมตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลแต่ละราย โดยมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานดังนี้

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 3 ระยะมีดังนี้

1. Acute phase (45 วัน) ประกอบด้วย 3 ระยะ ตามเป้าหมายดังนี้

1.1 Initial phase (1 - 14 วัน)

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

1.2 Interim phase (15 - 28 วัน)

- 1) ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูตามสมรรถภาพตามความพร้อม
- 2) ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก

1.3 Pre - discharge phase (29 - 45 วัน)

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

2. Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)

- 1) ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด/ปฏิบัติตามตัวตามแผนการรักษา
- 2) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ (re - admit) ภายใน 28 วัน
- 3) ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) ภายใน 180 วัน
- 4) ผู้ป่วยมีค่าความสามารถโดยรวม มีคะแนน GAF \geq 71

3. Recovery phase (หลัง 6 เดือน - 1 ปี)

- 1) ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี/ปฏิบัติตามตัวตามแผนการรักษา
- 2) ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี
- 3) ผู้ป่วยมีค่าความสามารถโดยรวมมีคะแนน GAF \geq 71
- 4) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้น

แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Clinical pathway)

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

เป็นเอกสารเพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของบุคลากรในทีมตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน เป็นแผนการปฏิบัติที่ประสานเป้าหมายของการดูแลตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยความเห็นชอบร่วมกันของสหวิชาชีพจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลร่วมกันและมีแนวทางในการให้บริการ โดยมีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ชื่อโรค หรือกลุ่มอาการ การวินิจฉัย และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย
2. การวินิจฉัย (diagnosis)/ปัญหาพร้อม (collaborative problems) แสดงปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และญาติครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
3. แผนการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่
ระยะที่ 1 Acute phase (45 วัน)
 - Initial phase (1 - 14 วัน)
 - Interim phase (15 - 28 วัน)
 - Pre - discharge phase (29 - 45 วัน)ระยะที่ 2 Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)
ระยะที่ 3 Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี)
4. เกณฑ์การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเกณฑ์การจำหน่ายออกจากระบบ Case management

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล S:ย: Acute phase (Clinical pathway for schizophrenia with substance and SMI-V in hospital: Acute phase)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17) ซึ่งทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน มีผลกระทบต่อบุคลิกภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล ระยะ Acute phase แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

Acute phase (45 วัน) ได้แก่

- 1. Initial phase (1 - 14 วัน)** : การดูแลในระยะเริ่มแรก หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดปกติ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรืออาการพิษหรือหยุดสารเสพติดที่รุนแรง เช่น สับสน กล้ามเนื้อเกร็ง ชัก โคม่า ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม
- 2. Interim phase (15 - 28 วัน)** : การดูแลในระยะกลาง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ และ/หรืออาการที่เกิดจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดสารเสพติดลดลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้อารมณ์รุนแรงกลับเป็นซ้ำ
- 3. Pre - discharge phase (29 - 45 วัน)** : การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย หมายถึง การดูแลในระยะฟื้นฟูและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย SMI-V ที่ใช้ Clinical pathway

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17)
 2. ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (re - admit) ภายใน 28 วัน
 3. ผู้ป่วย admit เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
 4. ผู้ป่วยมีปัญหาสังคมจิตใจ ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เช่น
 - ไม่มีผู้ดูแล/เรื้อรัง
 - มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช/พิการมากกว่า 2 คน
 - ครอบครัว/ชุมชน ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน
 - ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (high emotional expression)
 5. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา (medication non adherence)
 6. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยพฤติกรรม/ความคิดที่ร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น
- * ทั้งนี้เกณฑ์การคัดเลือกใช้การจัดการรายกรณี (case management) สามารถปรับได้ตามเงื่อนไขความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล

เกณฑ์การจำหน่ายจากโรงพยาบาล

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

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล

ระยะ: Acute phase สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้ปฏิบัติหมายเลข 1 = แพทย์ (MD) 2 = พยาบาลวิชาชีพ (RN) 3 = เภสัชกร (PHA) 4 = นักจิตวิทยาคลินิก (PSY)
 5 = นักสังคมสงเคราะห์ (SW) 6 = นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด (OT) 7 = โภชนากร (NUT)
 8 = พยาบาลจิตเวชชุมชน (Psychiatric community nurse: PCN) 9 = ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล (Hospital case manager: HCM)

สถาบัน/โรงพยาบาล.....	HN.....AN.....WARD.....
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี Diagnosis.....
แพทย์เจ้าของไข้.....	Admit Date.....Discharge Date.....ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน
	ค่าใช้จ่าย.....บาท
	ผู้บันทึก.....

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
ปัญหา	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน 2. มีการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง 3. มีปัญหาในการจัดการอาการ อารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง 4. มีอาการจากภาวะถอนพิษจากสารเสพติด 5. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6. มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 7. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือ ปฏิกริยาระหว่างกันของยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและพฤติกรรมแปลกประหลาดไม่เหมาะสม 2. มีกลุ่มอาการทางลบ เช่น บกพร่องในการแสดงอารมณ์ เก็บตัว ฯลฯ 3. ภาวะซึมเศร้า เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย 4. มีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกไร้ค่า และความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ 5. วิตกกังวลเรื่องของตนเอง และครอบครัว 6. ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการเลิกสารเสพติด 6. ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความมีคุณค่าในตัวเองหรือความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ 2. การจัดการกับปัญหา ความเครียดหรืออารมณ์ไม่เหมาะสม 3. เสี่ยงต่อการหลบหนี 4. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5. เสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสังคมจิตใจ (ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน) เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนไม่ยอมรับ - ยังมีปัญหาทางด้านทักษะในการประกอบอาชีพ

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<p>8. มีปัญหาด้านสิทธิการรักษา</p> <p>9. มีปัญหาด้านกฎหมาย</p> <p>10. มีปัญหาทางสังคมจิตใจ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนไม่ยอมรับ - ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลสูงอายุ/มีปัญหาความพิการในบ้านหลายคน - ไม่มีผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยมากตาม พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551) - ญาติขาดความรู้/ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย - มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว - ญาติเบื่อหน่าย และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง - ผู้ป่วยขาดทักษะในการประกอบอาชีพ/ไม่มีอาชีพ 	<p>7. มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น</p> <p>8. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>9. เกิดอาการเมื่องประสงคจากการใช้ยาหรือปฏิกิริยาระหว่างกันของยา</p> <p>10. เสียต่อการมีปัญหาทางสังคมจิตใจ (ขณะกลับไปอยู่ในชุมชน) เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนไม่ยอมรับ - ไม่มีผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลสูงอายุ/มีปัญหาความพิการในบ้านหลายคน - ญาติขาดความรู้/ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย - มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว - ญาติเบื่อหน่าย และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง - ผู้ป่วยขาดทักษะในการประกอบอาชีพ/ไม่มีอาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดต่อยาที่ไม่ได้หรือยาที่ไม่มาตามนัด - ยาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Expected outcomes	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS \leq 36, CGI - S \leq 4 - ภาวะถอนพิษสุราลดลงโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น AWS = 0, MINDS < 10 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน - ปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน - ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ - ได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย - ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา - ปลอดภัยจากการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - ได้รับการรักษาตามสิทธิ พรบ.สุขภาพจิต - ได้รับการประเมิน และวางแผนการบำบัดตามสภาพปัญหาที่แท้จริง - มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น - เข้าใจการเจ็บป่วย และร่วมมือรักษาในโรงพยาบาล 	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS \leq 36, CGI - S \leq 3 - ปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน - ปลอดภัยจากการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท - ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด อาการ การบำบัด โรคสมองติดยา เส้นทาง การเลิกยาเสพติด ผลกระทบ ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ - ได้รับการวางแผนและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น Cognitive training, ICOD - R, Satir, CBT, MET - มีการรับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม - มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น - ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือการประกอบกิจกรรม 	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการทางจิตลดลง เช่น BPRS \leq 36, CGI - S \leq 3 - ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ - ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และสามารถบอกวิธีการที่จะขอความช่วยเหลือได้ - สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียดที่เหมาะสมได้ - สามารถรับประทานยาได้เอง/มีผู้ดูแลการรับประทานยาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด - สามารถทำกิจกรรมประจำวัน การทำงาน - การพักผ่อนและทักษะทางสังคม - ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิภาพทางสังคม - มีทักษะในการควบคุมตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงการไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำ - ได้รับการส่งต่อเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Expected outcomes	<p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย - มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ตั้งแต่นาทีแรกถึงจนกระทั่งจำหน่าย - ดำเนินการทางด้านเอกสารการรักษาก่อนผู้ป่วยได้ภายใน 15 วัน (กรณีผู้ป่วย พรบ. สุขภาพจิต) 	<p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยและการเจ็บป่วย - มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมการทำงานของผู้ป่วย - มีทักษะในการจัดการอารมณ์ พฤติกรรม ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย - มีทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง - มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของยา การจัดการกับการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างถูกต้อง - มีความรู้ ความเข้าใจและสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ - ครอบครัว/ผู้ดูแล/ชุมชน ได้รับการประสานตามสภาพปัญหาและความต้องการ 	<p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของยา การจัดการกับการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง - มีความรู้ ความเข้าใจและสัญญาณเตือนของการกลับเป็นซ้ำ - ครอบครัว/ผู้ดูแล/ชุมชน มีความพร้อมและสามารถดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
<p>การประเมิน/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย/สิทธิการรักษา</p>	<p><input type="checkbox"/> ซักประวัติและตรวจร่างกาย (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจสอบสภาพจิต (MD)</p> <p><input type="checkbox"/> ให้การวินิจฉัยโรคและโรคร่วมทางกายและทางจิตอื่นๆ (MD)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะการขาดสารเสพติดหรือสุรา (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมความรุนแรง (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, electrolyte, LFT, urine substance และ lab อื่นๆ ที่จำเป็น (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาและความต้องการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (MD, RN, PSY, SW)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินวินิจฉัยทางสังคม (SW)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ BMI/รอบเอว/ผล lab (NUT)</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีโรคร่วมทางจิตเวช (MD, RN)</p> <p>- ประเมินอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ความเสี่ยงทำร้ายตนเอง และวินิจฉัยให้การรักษาตามโรค</p> <p>- ประเมิน และให้การดูแลรักษาตามประเภทสารเสพติด</p>	<p><input type="checkbox"/> ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมความรุนแรง (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินพฤติกรรม/ความสนใจ และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม (RN, OT)</p> <p><input type="checkbox"/> ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีที่ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย (PSY)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมิน ICF เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯ (MD, OT, SW, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินผลการรักษาด้วยยาและการตอบสนองไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตอบสนองของต่อยาของผู้ป่วย (MD, RN, PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมิน stage of change และให้การบำบัดด้วย MI, MET ตามสภาพปัญหา (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางกิจกรรมบำบัด (assessments in occupational therapy) (OT)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ BMI/รอบเอว/ผล lab (NUT)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินระดับการรับรู้ Executive function (RN, PSY, OT)</p>	<p><input type="checkbox"/> ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมความรุนแรง (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินสภาพจิตและปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อจิตเวชชุมชน (MD, RN, SW)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการจัดสรรประจำวัน (RN, OT)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินทักษะในการแก้ไขปัญหา (RN, PSY, SW)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้อง/เหมาะสมกับแผนการรักษาพยาบาล (MD, RN, PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม (RN, SW, OT, PCN)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินภาวะโภชนาการ BMI/รอบเอว/ผล lab (NUT)</p> <p><input type="checkbox"/> ประเมินปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง (RN, SW)</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการต่อสู้คดี (RN, SW)</p>

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<input type="checkbox"/> ประเมินผลการรักษาด้วยยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย (MD, RN, PHA) <input type="checkbox"/> ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีที่มีแพทย์ต้องการณ์ยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย (PHY) <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล (SW) - สืบค้นประวัติเพื่อดำเนินการทางทะเบียนราษฎรในการค้นหาเลขประจำตัวประชาชน - ดำเนินการทางทะเบียนราษฎรเพื่อยืนยัน/รับรองบุคคลให้กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ตรวจสอบ ติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Care map (HCM) <input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมทั้งระดับต่างๆ และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วย (RN, OT)	<input type="checkbox"/> ทบทวนการวินิจฉัย และปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (MD)	<input type="checkbox"/> ติดตามประเมินความรุนแรงของการพัก 7 วัน และปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมหรือวิธีการรักษาอื่นๆ (MD)
Medication/ Treatment	<input type="checkbox"/> ให้การรักษาตามความรุนแรงของการ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์ (MD) <input type="checkbox"/> ทบทวนการวินิจฉัย และปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม พิจารณาวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น ECT (MD) <input type="checkbox"/> ให้การรักษาตามความรุนแรงในกรณีผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ติดตามประเมินความก้าวหน้าการรักษา อย่างน้อย 1 ครั้ง (MD)		

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
<p>Intervention</p> <p><input type="checkbox"/> สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด วางแผนการดูแลรายบุคคล (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุ และให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแล ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการอารมณ์พิษสารเสพติด และภาวะ electrolyte imbalance ภายใต 24 - 48 ชั่วโมง (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ตรวจระดับของยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (MD, RN, PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> วางแผนและให้การบำบัดพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรงที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น Anger management, De - escalation (MD, RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลความสุขสบายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความเหมาะสมกับสภาพ รวมถึงแนะนำ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีสุขอนามัยที่ดี (RN)</p>	<p><input type="checkbox"/> ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ให้การดูแล ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่นตามรูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาล (RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลและจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและถูกต้องกับภาวะเจ็บป่วยของโรค และตรงตามคำสั่งแพทย์ (RN, NUT)</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินอาการเสี่ยงจากการใช้ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน และตรวจระดับของยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน (MD, RN, PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลความสุขสบายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความเหมาะสม รวมถึงแนะนำ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับกรณีสุขอนามัยที่ดี (RN)</p>	<p><input type="checkbox"/> ให้การดูแล ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน วางแผนการดูแล และให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ (RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง การทำร้ายตนเองและผู้อื่นตามรูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรงพยาบาล (RN)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลและจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและถูกต้องกับภาวะเจ็บป่วยของโรค และตรงตามคำสั่งแพทย์ (RN, NUT)</p> <p><input type="checkbox"/> เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินอาการเสี่ยงจากการใช้ยาที่มีปฏิกริยาระหว่างกัน และตรวจระดับของยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน (MD, RN, PHA)</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลความสุขสบายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตามความเหมาะสม รวมถึงแนะนำ สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับกรณีสุขอนามัยที่ดี (RN)</p>	

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<input type="checkbox"/> ให้การดูแลปัญหาทางสังคมจิตใจ ความคาดหวังทัศนคติของญาติ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อากา การรักษา (MD, RN, SW) <input type="checkbox"/> วางแผนการดูแลรักษาทางโภชนาการ (RN, NUT) <input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (MD, RN)	<input type="checkbox"/> ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R, MI, MET ตามสภาพปัญหา (RN, PSY, SW) <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว เครื่องอำนวยความสะดวก (MD, RN, PSY, SW, PCN) <input type="checkbox"/> ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วย เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program,ทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิตทักษะความสนใจ ADL, IADL training, Leisure, Work skill ฯลฯ (RN, PSY, SW, OT) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ/นัดพบเพื่อการทำครอบครัวบำบัด (SW) <input type="checkbox"/> ประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา (SW) <input type="checkbox"/> วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน (SW, OT)	<input type="checkbox"/> สอนผู้ป่วยในการจัดการกับอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ (RN) <input type="checkbox"/> ดูแล ติดตามประเมินผลการรักษา และประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม (HCM) <input type="checkbox"/> ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจต่อเนื่อง เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R, MI, MET ตามสภาพปัญหา (สหวิชาชีพ) <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว เครื่องอำนวยความสะดวก (MD, RN, PSY, SW, PCN, OT) <input type="checkbox"/> ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วย เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program ทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิต ทักษะความสนใจ ADL, IADL training, Leisure, Recreation, Work skill (RN, PSY, SW, OT) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษาช่วยเหลือ/นัดพบเพื่อการทำครอบครัวบำบัด (SW) <input type="checkbox"/> วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน (Job coach) (SW, OT) <input type="checkbox"/> ประสานแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา (SW)

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
Patient/ Family education psycho	<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลเสริมพลัง psychoeducation เรื่องโรค การดำเนินโรค พยากรณ์โรค การรักษาแก่ญาติ (สหวิชาชีพ)	<input type="checkbox"/> ให้ความรู้เรื่องการใช้อาหาร/การลิมิตินยา อาหารไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เหมาะสม (RN, PHA) <input type="checkbox"/> สอนและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) (RN) <input type="checkbox"/> สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล/กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆ (RN, SW)	<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องโรค การดำเนินโรค ผลกระทบของสารเสพติดต่อการทางจิต โรคสมองติดยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สัญญาณเตือนของการกำเริบเป็นซ้ำ และการติดตามอาการต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว เส้นทางการศึกษา การรักษา ประโยชน์ในการรับประทานยา ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (RN, PHA, SW) <input type="checkbox"/> สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (RN, SW)
Discharge planning	<input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป (SW) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT)	<input type="checkbox"/> รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง (HCM) <input type="checkbox"/> จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM, และทีมสหวิชาชีพ) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป (RN, SW, HCM, PCN)	<input type="checkbox"/> รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง (HCM) <input type="checkbox"/> จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM, CCM และทีมสหวิชาชีพ) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ (RN, SW, HCM, PCN) <input type="checkbox"/> นัดผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์หลังจำหน่าย 1 เดือน (RN)

หัวข้อเรื่อง	วันที่ 1 - 14 Initial phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 15 - 28 Interim phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	วันที่ 29 - 45 Pre - discharge phase เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<input type="checkbox"/> กรณีไม่มีผู้ดูแล/พรบ. สุขภาพจิต - ตรวจสอบหลักฐานข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ - สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อค้นหาข้อมูลที่สำคัญ - ประสานครอบครัว/เครือข่ายเพื่อดำเนินการ เช่นยินยอมเอกสารของโรงพยาบาล (SW) <input type="checkbox"/> รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง (HCM) <input type="checkbox"/> จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (HCM, และทีมสหวิชาชีพ)	<input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT)	<input type="checkbox"/> นัดผู้ป่วยมาบำบัดด้านสังคมจิตใจต่อเนื่องจนครบโปรแกรม (RN) <input type="checkbox"/> ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย (PCN, RN) <input type="checkbox"/> ประสานครอบครัว หรือญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรค NCD หรือพบปัญหาทางภาวะโภชนาการ (SW, NUT)

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ระยะ Acute phase)

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี สถานภาพสมรส..... HN..... AN.....
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่..... วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ..... วัน

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อรวบรวมข้อมูลและได้ผลการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ชักประวัติ ตรวจสุขภาพจิต และตรวจร่างกาย 2. ทบทวนการวินิจฉัยโรคและ/หรือโรคร่วมทางกายและทางจิตอื่นๆ 3. ประเมินภาวะการขาดสารเสพติดหรือสุรา 4. ประเมินระดับอาการ พฤติกรรมรุนแรง 5. ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 6. ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ทักษะชีวิตของญาติ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการ การรักษา 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 8. สังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการ/lab ที่จำเป็น 	จิตแพทย์				

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>ก. กรณีมีโรคความวิตกกังวล ประเมินอาการและให้การ รักษาตามประเภทสารเสพติด/ความเสี่ยงจากภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดจากการถอนพิษสารเสพติดและ ภาวะ electrolyte imbalance ประเมิน/ให้ยา ตามโรคหลัก (specific treatment)</p> <p>ข. ประเมิน/ให้ยาตามอาการ (symptomatic treatment)/ให้ยาเพื่อประคับประคอง (supportive treatment)</p> <p>ค. ประเมินอาการเสี่ยงจากการใช้ยาที่มีปฏิริยา ระหว่างกัน และตรวจระดับของยาในกระแสเลือด และแผนผังภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียง จากยา</p> <p>ง. ให้การรักษาอื่นที่จำเป็น เช่น ECT</p> <p>จ. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและ ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</p>						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ และประเมินภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ชักประวัติ ตรวจสภาพจิตและตรวจร่างกาย 2. ประเมินระดับอาการ พฤติกรรมรุนแรง 3. ประเมินปัญหาและความต้องการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, U/A, electrolyte LFT, urine substance และ lab อื่นๆ ที่จำเป็น 6. ประเมินภาวะอาการถอนพิษสารเสพติด และภาวะ electrolyte imbalance ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง 7. เฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การหลบหนี การเกิดอุบัติเหตุ และให้การรักษาตามสภาพปัญหาที่พบ 8. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งตรวจระดับของยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน และประเมินความร่วมมือการรักษาด้วยยา 9. ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ความรู้ ความเข้าใจ ที่ทัศนคติของญาติ เกี่ยวกับโรค อากการการรักษา และให้ psychoeducation แก่ญาติ 	พยาบาลวิชาชีพ					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>10. วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจและประเมินความพร้อมที่ทักษะต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>11. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</p> <p>12. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p>						
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากการใช้ยา</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา</p>	<p>1. สืบค้นปัญหาจากการใช้ยา (drug therapy problems: DTP)</p> <p>2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p> <p>4. ให้บริการ Drug counseling ในผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง</p>	เภสัชกร					
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยทางจิตวิทยาที่ถูกต้อง</p>	<p>1. ประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ</p> <p>2. ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีที่มีแพทย์ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย</p> <p>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p>	นักจิตวิทยาคลินิก					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการประเมิน และวินิจฉัย ทางสังคมที่ ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ที่ครอบคลุม 	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินปัญหาความต้องการ/ให้การวินิจฉัย ทางสังคม ประเมินภาวะอารมณ์ ความคาดหวัง ที่สนใจ ของญาติ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อากา การรักษา วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจ/ประสา น ครอบครัวยุติที่เกี่ยวข้อง และ/หรือเครือข่าย ในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล กรณีไม่มีผู้ดูแล/พรบ. สุขภาพจิต <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบหลักฐานข้อมูลผู้ป่วย/สัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อค้นหาข้อมูลที่จำเป็น - ดำเนินการทางทะเบียนราษฎรเพื่อยืนยัน/รับรอง บุคคลให้กับผู้ป่วย - ประสานครอบครัว/เครือข่ายเพื่อดำเนินการ เพื่อยื่นยอมเอกสารของโรงพยาบาล เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี 	นักสังคมสงเคราะห์					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการประเมิน และวางแผนจัด กิจกรรมฟื้นฟู สมรรถภาพ	1. ประเมินความพร้อมทั้งทางด้านต่างๆ และวางแผน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และศักยภาพของผู้ป่วย 2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายการนี้	นักกิจกรรมบำบัด/ เจ้าหน้าที่งานอาชีพ บำบัด					
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการ ประเมินภาวะ โภชนาการและ จัดอาหารให้ เหมาะสมตาม สภาพผู้ป่วย	1. ประเมินภาวะโภชนาการ และวางแผนการดูแล 2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายการนี้	นักโภชนาการ					
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่ ครอบคลุม	1. ประเมินปัญหา และความต้องการการดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ 2. วางแผนการรักษาทางสังคมจิตใจ/ประสาน ครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ ความช่วยเหลือ 3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายการนี้	จิตเวชชุมชน					
ระยะที่ 1 Initial phase วันที่ 1 - 14	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่ เป็นไปตาม แผนการดูแล	1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical pathway/Care map 2. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง 3. จัดประชุมเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายการนี้	ผู้จัดการรายการใน โรงพยาบาล (HCM)					

**แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล
(ระยะ Acute phase)**

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี สถานภาพสมรส..... HN..... AN.....
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่..... วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ..... วัน

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	1. เพื่อรวบรวม ข้อมูลให้การ วางแผนการ ดูแลรักษาต่อ เนื่อง	1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหา ของผู้ป่วย 2. ประเมินความพร้อมในการรักษา 3. ประเมินอาการทุก 7 วัน และปรับแผนการรักษา 4. ประเมินการรักษาด้วยยาและอาการไม่พึงประสงค์ จากยา 5. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R 6. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	จิตแพทย์					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้ได้รับการประเมิน/ การวินิจฉัย ทางการ พยาบาลที่ ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและ เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมี ความปลอดภัย 	<p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหา ของผู้ป่วย ประเมินระดับความรุนแรง ผู้الرระวังความเสี่ยง ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ประเมินความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์จากยาและตรวจระดับของยา ในช่วงเวลาตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการกับอาการไม่พึง ประสงค์จากยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลความสุขสบายโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือ ตนเอง การดูแลตนเอง ก็จัดประจำวันตามความ เหมาะสม สอน และฝึกทักษะในการจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) ประเมิน stage of change และให้การบำบัดด้วย MI, MET ตามสภาพปัญหา ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R 	พยาบาลวิชาชีพ					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>11. สอน/ให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัว ญาติกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแล ให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์อื่นๆ</p> <p>12. ประเมินทักษะด้านต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program ฯลฯ</p> <p>13. ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา และติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</p> <p>14. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแล ผู้ป่วยรายกรณี</p>						
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา</p> <p>2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการใช้ยา</p>	<p>1. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประเมินการใช้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน</p> <p>2. ให้ความรู้ญาติเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการจัดการที่เหมาะสม</p> <p>3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแล ผู้ป่วยรายกรณี</p>	เภสัชกร					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก และการบำบัดทางจิตวิทยาที่เหมาะสม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีแพทย์ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย 2. การทำจิตบำบัดและการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICD - R ฯลฯ 3. ประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี 	นักจิตวิทยาคลินิก					
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและ การบำบัดทางสังคมที่ 2. ส่งเสริมและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม 4. ส่งเสริมและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานครอบครัวเพื่อให้การบริการการทำการครอบครัวบำบัด การช่วยเหลือและการสร้างความสามารถของญาติให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICD - R ฯลฯ 3. ประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program ฯลฯ 4. วางแผนการหาแหล่งฝึกงาน/จ้างงาน ที่เหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วย 	นักสังคมสงเคราะห์					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>5. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา</p> <p>6. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p>						
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินวางแผนและฟื้นฟูสมรรถภาพที่</p>	<p>1. ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2. ประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ และวางแผนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และศักยภาพของผู้ป่วย เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program ฯลฯ</p> <p>3. วางแผนการส่งเข้าทำงานในแหล่งฝึก/ในชุมชน</p> <p>4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p>	นักกิจกรรมบำบัด/ เจ้าพนักงานอาชีว บำบัด					
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับอาหารตาม ความเหมาะสม</p>	<p>1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และติดตามซึ่งน้ำหนัก คำนวณ BMI เพื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อเนื่อง</p> <p>2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p>	นักโภชนาการ					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	1. เพื่อให้ ครอบครัวและ ผู้ที่เกี่ยวข้องมี ความรู้ความ เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และให้ความ ร่วมมือในการ ดูแลผู้ป่วย	1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการ ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่าย ในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ 2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	จิตเวชชุมชน					
ระยะที่ 2 Interim phase วันที่ 15 - 28	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการดูแล ช่วยเหลือที่เป็น ไปตามแผน การดูแล	1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical pathway/Care map 2. ดูแลติดตามประเมินผลการรักษา 3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง 4. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมเพื่อ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ตามความ เหมาะสม	ผู้จัดการรายนกรณี ในโรงพยาบาล (HCM)					

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล (S&E: Acute phase)

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี สถานภาพสมรส..... HN..... AN.....
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่..... วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ..... วัน

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อประเมิน ความก้าวหน้า การรักษาและ วางแผนการ ดูแลรักษา ต่อเนื่อง	1. ประเมินสภาพจิตและความก้าวหน้าของการรักษา และปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม 2. ตรวจสอบประเมินอาการทางกาย สภาพจิตและ ทางสังคมเพื่อดูความพร้อมก่อนจำหน่าย 3. วางแผนจำหน่ายและให้คำแนะนำการปฏิบัติตาม แนวทางการรักษา	จิตแพทย์					
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้การ ประเมิน/ วินิจฉัยทางการ พยาบาลที่ ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและ เหมาะสม 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมี ความปลอดภัย	1. ประเมินระดับความรุนแรง เผื่อระวังความเสี่ยง ด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม 2. ประเมินผลการรักษา ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษา และเผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. ให้ความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เหมาะสม 4. ประเมินพฤติกรรมและความสามารถในการเข้าร่วม กิจกรรม 5. ประเมิน stage of change และให้การบำบัด ด้วย MI, MET ตามสภาพปัญหา 6. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจต่อเนื่อง เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R	พยาบาลวิชาชีพ					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
		<p>7. สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายบุคคล/ครอบครัว/กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถของญาติ/ผู้ดูแลให้เผชิญกับความวิตกกังวลหรือภาวะอารมณ์</p> <p>8. จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อเนื่อง เช่น Social skill training, Group therapy, Occupational therapy rehabilitation program</p> <p>9. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวที่บ้าน</p> <p>10. สอนและให้คำปรึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>11. ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป</p> <p>12. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี</p> <p>13. นัดผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์หลังจำหน่าย 1 เดือน</p> <p>14. นัดผู้ป่วยมาบำบัดด้านสังคมจิตใจต่อเนื่องจนครบโปรแกรม</p> <p>15. ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย</p>						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจาก การใช้ยา 2. เพื่อให้ญาติ ผู้ป่วยมีความรู้ ในเรื่องการใช้ ยา	1. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาประเภทยาที่ใช้ ยาที่มีปฏิกริยาเหมือนกัน 2. ให้ความรู้ญาติเรื่องอาการข้างเคียงของยาและการ จัดการที่เหมาะสม 3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	เภสัชกร					
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการตรวจ วินิจฉัยทาง จิตวิทยาคลินิก และการบำบัด ทางจิตวิทยาที่ เหมาะสม	1. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีแพทย์ ต้องการยืนยันผลการตรวจวินิจฉัย 2. จัดบำบัดและการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICD - R ฯลฯ 3. ประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย 4. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	นักจิตวิทยาคลินิก					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการช่วยเหลือและ การบำบัดทาง สังคมที่ เหมาะสม	กิจกรรม 1. ประสานครอบครัวเพื่อให้การปรึกษา การทำ ครอบครัวบำบัด การช่วยเหลือและการสร้าง ความสามารถของญาติให้เผชิญกับปัญหาได้อย่าง เหมาะสม 2. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น CBT, Cognitive training, Stress management, Family therapy, ICOD - R 3. ประเมินความพร้อมรื่องกันต่างๆ และวางแผนด้านการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจที่สอดคล้อง เช่น Social skill training, Group therapy, Occupa- tional therapy rehabilitation program ฯลฯ 4. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา 5. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	นักสังคมสงเคราะห์	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อจัด กิจกรรมฟื้นฟู สมรรถภาพ และประเมินผล การจัดกิจกรรม	จัดกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สอดคล้องกับ การวางแผนรายบุคคล 2. ประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพสมรรถภาพ (ระหว่างและหลังการฟื้นฟู) 3. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายกรณี	นักกิจกรรมบำบัด /เจ้าพนักงาน อาชีวบำบัด	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ			
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับประทานอาหารตาม ความเหมาะสม	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอต่อ ความต้องการของร่างกายและติดตามชั่งน้ำหนัก คำนวณ BMI เพื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อเนื่อง 2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายการนี้	นักโภชนาการ					
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ ครอบครัวและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ ความเข้าใจ มี ทัศนคติที่ดี และร่วมมือใน การดูแลผู้ป่วย	1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวโดยการ ประสานครอบครัว/ญาติที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย ในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือ 2. เข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วย รายการนี้ 3. ส่งต่อข้อมูลให้แก่เครือข่าย	จิตเวชชุมชน/ พัฒนาเครือข่าย					
ระยะที่ 3 Pre - discharge phase วันที่ 29 - 45	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการดูแลช่วย เหลือที่เป็นไป ตามแผนการ ดูแลและต่อ เนื่องสู่ชุมชน	1. ตรวจสอบติดตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตาม Clinical pathway/Care map 2. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจัดประชุมเพื่อ ร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยรายการนี้ตามความ เหมาะสม 3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง 4. ดูแล ติดตามประเมินผลการรักษา และวางแผนให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลแก่ชุมชน	ผู้จัดการรายกรณี ในโรงพยาบาล (HCM)					

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ระยะ: Stabilized and Recovery phase
(Clinical pathway for schizophrenia with substance and SMI-V in community
: Stabilized and Recovery phase)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (F20.XX และ F1X ยกเว้น F17) ซึ่งทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ระยะ Stabilized and Recovery phase หมายถึง การติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว ซึ่งอาจเป็นสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือเครือข่าย

เกณฑ์การจำหน่ายออกจาก Case management ก่อนส่งต่อเครือข่าย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอาการต่อไปนี้

1. อาการทางจิตสงบ
2. ไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่เป็นอันตราย
3. ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้
4. ไม่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน
5. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของตนเอง/สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้
6. สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- 7.ญาติ/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแล/สามารถประเมินอาการกำเริบของผู้ป่วยได้
8. ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีศักยภาพ มีทัศนคติที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
(หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ระยะ: Stabilized and Recovery phase
สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

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

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

หัวข้อเรื่อง	ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
ปัญหาและความต้องการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ 2. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 3. เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ 4. ขาดความรู้/มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต 5. มีแนวโน้มรับประทานครึ่งตามแผนการรักษา/อาจเกิดอันตรายจากการไม่ฟังประสงค์จากการใช้ยา 6. บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอาชีพ 7. ผู้ป่วยขาดทักษะการสื่อสารและการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ 2. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 3. เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ 4. อาจบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอาชีพ 5. ขาดทักษะทางสังคม เช่น การจัดการกับความเครียด การสื่อสาร และการเข้าสังคม 6. ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา

หัวข้อเรื่อง	ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) เริ่มต้นที่.....ถึงวันที่.....	ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี) เริ่มต้นที่.....ถึงวันที่.....
	8.ญาติ/ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและอาการเจ็บป่วยจนรู้สึกไม่ปลอดภัย 9.ญาติ/ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล/รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย 10. ชุมชนหวาดกลัว/มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย/ไม่ยอมรับผู้ป่วย/ขาดความรู้ 11. ขาด social support	
Expected outcomes	ผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ - อากาทางจิตสงบ เช่น ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น - ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ - มีความรู้/ทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต - ให้ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษา/สามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ - ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น - สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้ - สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม - รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการขอความช่วยเหลือ - สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม 	ผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินซ้ำ - อากาทางจิตสงบ เช่น ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น - ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ - รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ รวมทั้งแก้ไขเบื้องต้นได้ - ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน/สามารถทำหน้าที่โดยรวมได้ - มีทักษะทางสังคมในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน และมีสัมพันธภาพอย่างเหมาะสมได้ - สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ - รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการขอความช่วยเหลือ - สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

หัวข้อเรื่อง	ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<p style="text-align: center;">ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสารเสพติด อาการและการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษา รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วย - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ - รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต - สามารถดูแลผู้ป่วยหรือมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง - มีทักษะในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง - ญาติ/ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา - ญาติมีความรู้และสามารถพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้ 	<p style="text-align: center;">ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสารเสพติด อาการและการรักษา/การป้องกันอาการป่วยซ้ำ รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษา รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วย - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ - รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต - สามารถดูแลผู้ป่วยหรือมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง - มีทักษะในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง - ญาติ/ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา - ญาติมีความรู้และสามารถพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้
	<p style="text-align: center;">ชุมชน/เครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว - มีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม - มีระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต 	<p style="text-align: center;">ชุมชน/เครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว - มีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ - มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนและสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม - มีระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

หัวข้อเรื่อง	ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) เริ่มต้นที่.....ถึงวันที่.....	ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี) เริ่มต้นที่.....ถึงวันที่.....
Assess & Consult	<input type="checkbox"/> ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD/PCN/CCM) <input type="checkbox"/> ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, CGI - S, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถโดยรวม (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมิน ICF (SW/OT) <input type="checkbox"/> ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม (PSY) <input type="checkbox"/> ประเมินทางกิจกรรมบำบัด เช่น ประเมิน Cognitive function, Occupational Performance (OT) <input type="checkbox"/> ประเมินทักษะการสื่อสาร/การจัดการ (SW) <input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (stage of change) (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินความร่วมมือในการรับประทุษยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทุษยา MMAS) / การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช (MD/PCN PHA) <input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยง metabolic syndrome เช่น ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (PCN/NUT)	<input type="checkbox"/> ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, OAS, PVSS และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถทำหน้าที่โดยรวม (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมิน ICF (SW/OT) <input type="checkbox"/> ทดสอบทางจิตวิทยาในกรณีต้องการผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม (PSY) <input type="checkbox"/> ประเมินทางกิจกรรมบำบัด เช่น ประเมิน Cognitive function, Occupational Performance (OT) <input type="checkbox"/> ประเมินทักษะการสื่อสาร/การจัดการ (SW) <input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (stage of change) (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินความร่วมมือในการรับประทุษยา/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช (PCN/PHA) <input type="checkbox"/> ประเมินพฤติกรรมและการทำงานที่กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (PCN/OT) <input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (PCN/SW)

หัวข้อเรื่อง	ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....	ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี) เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....
	<input type="checkbox"/> ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล (MD/PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (PCN/SW) <input type="checkbox"/> ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตในชุมชน (PCN/SW) <input type="checkbox"/> ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมีโอกาสรื้อยาซ้ำ (PCN, SW) <input type="checkbox"/> ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (PCN)	<input type="checkbox"/> ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย (PCN/SW) <input type="checkbox"/> ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมีโอกาสรื้อยาซ้ำ (PCN, SW) <input type="checkbox"/> ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (PCN)
Medication	<input type="checkbox"/> ประเมินอาการความรุนแรงและปรับการรักษาตามอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย (MD)	<input type="checkbox"/> ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย และหรือ โดยคำนึงถึงรายการยาทางจิตเวชของเขตสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (MD)
Intervention	<input type="checkbox"/> พึ่งพู่ทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ (PSY, SW, OT, PCN) <input type="checkbox"/> ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การบริการรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น (MD, PHA, PSY, SW, OT, PCN)	<input type="checkbox"/> พึ่งพู่ทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ (PSY, SW, OT, PCN) <input type="checkbox"/> ประเมินผลความก้าวหน้าในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การบริการรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น (PHA, PSY, SW, PCN)

หัวข้อเรื่อง	<p>ระยะ Stabilized phase (หลังจำหน่าย - 6 เดือน)</p> <p>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....</p>	<p>ระยะ Recovery phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี)</p> <p>เริ่มวันที่.....ถึงวันที่.....</p>
KPI	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 180 วัน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) \geq 71 หลังจำหน่าย 6 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยสารเสพติดที่หยุดเสพติดต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากกรบำบัด จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในชุมชนได้นาน > 1 ปี ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคะแนนความสามารถโดยรวม (GAF) \geq 71 หลังจำหน่าย 1 ปี ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทการใช้สารเสพติด > ติดต่อกัน 3 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นไป จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

**แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
(คลังจำคำย่อจากโรงพยาบาล) (ระยะ: Stabilized phase II: Recovery phase)**

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี สถานภาพสมรส..... HN..... AN.....
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่..... วันที่แพทย์มีคำสั่งจำหน่าย..... จำนวนวันนอน รพ..... วัน

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
ระยะ Stabilized phase (หลัง จำหน่าย - 6 เดือน)	เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการ รักษา และให้การ รักษาต่อเนื่อง	1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย 2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด 3. ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบ ประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 4. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีประวัติการดื่มสุรา และ ประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (stage of change) 5. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา MMAS)/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช	จิตแพทย์				

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>6. ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล</p> <p>7. ประเมินอาการความรู้รุนแรงและปรับการรักษาตามอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>8. ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเป็นต้น</p>		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการ รักษา และให้การ รักษาต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย 2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด 3. ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS เป็นต้น และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 4. ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถโดยรวม 5. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีมีประวัติการดื่มสุรา และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (stage of change) 	พยาบาลจิตเวช ชุมชน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
		<p>6. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา MMAS)/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช</p> <p>7. ประเมินความเสี่ยง metabolic syndrome เช่น ไชมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>8. ประเมินความรู้ญาติ/ทักษะการดูแล</p> <p>9. ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว</p> <p>10. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและ เครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ในชุมชน</p> <p>11. ประเมินความรู้ ทัศนคติและความสามารถของ ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการ กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ</p> <p>12. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมา รักษาซ้ำ</p> <p>13. ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>14. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อ การรักษาดำเนิน</p>						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
		<p>15. ฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ</p> <p>16. ให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เป็นต้น</p> <p>17. ประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการ</p> <p>18. ให้ความรู้และเสริมพลังแก่ญาติ/ผู้ดูแล ให้มีแนวทางการจัดการความเครียด และแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม</p> <p>19. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา</p> <p>20. การบำบัดด้านสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่องจนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล</p>					
	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ กินยาอย่างต่อเนื่อง และมีความ ปลอดภัยจากการ ใช้ยา	<p>1. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ทางจิตเวช</p>	เภสัชกร				

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อประเมิน ประกอบการ วินิจฉัยและให้การ บำบัดทางจิตวิทยา คลินิก	กิจกรรม 1. ตรววจินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีต้องการ ผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม 2. จัดบำบัดทั้งแบบรายบุคคล ครอบครัวบำบัดและ กลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหา ที่พบ การป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับ ไปเสพยา 3. การบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง จนครบโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล	นักจิตวิทยาคลินิก					
	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตอยู่ กับครอบครัวและ ชุมชนได้	1. ประเมิน ICF 2. ประเมินทักษะการสื่อสาร 3. ประเมินปัญหาความต้องการในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว 4. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและ เครือข่าย/ระบบการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ในชุมชน 5. ประเมินปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมา รักษาซ้ำ	นักสังคมสงเคราะห์					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>6. ให้การบำบัดและฟื้นฟูทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มครอบครัวบำบัด การป้องกันการกลับไปเสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เป็นต้น</p> <p>7. ประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>8. พิจารณาสถานที่ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน</p> <p>9. ให้ความรู้และเสริมพลังแก่ญาติ/ผู้ดูแล ให้มีแนวทางการจัดการความเครียด และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม</p> <p>10. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา</p>						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจวัตร ประจำวัน มีทักษะ การดำเนินชีวิต อยู่ กับครอบครัวและ ชุมชนได้	1. ประเมิน ICF 2. ฟื้นฟูทักษะการดำเนินชีวิตและงานด้านอาชีพ	นักกิจกรรมบำบัด/ เจ้าหน้าที่งานอาชีพ บำบัด					
	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการประเมิน ความเสี่ยงด้าน โภชนาการ	1. ประเมินความเสี่ยง metabolic syndrome เช่น ไขมัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. ให้คำแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสภาพ ผู้ป่วย	นักโภชนาการ					
	เพื่อติดตามประเมิน และวางแผนการ ดูแลต่อเนื่อง	1. ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วย ได้รับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ ในเดือน ที่ 1 3 และ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (CCM) 2. จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความ ก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและ แผนการดูแลต่อไป (CCM)	ผู้จัดการรายกรณี ในชุมชน (CCM)					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลสัมฤทธิ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
ระยะ Recovery Phase (เดือนที่ 6 - 1 ปี)	เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการ รักษา และให้การ รักษาต่อเนื่อง	กิจกรรม 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหา ของผู้ป่วย 2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด 3. ประเมินอาการทางจิต/พฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNOS, OAS, PVSS และประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 4. ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการทางจิตเวชของ และหรือโดยคำนึงถึงรายการยาทางจิตเวชของ เขตสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 5. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์ เพื่อการรักษามันต์	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการ รักษา และให้การ รักษาต่อเนื่อง	1. ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ทุก 3 เดือน	พยาบาลวิชาชีพ					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ	
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ				
	เพื่อติดตามอาการ ประเมินผลการ รักษา และให้การ รักษาต่อเนื่อง	กิจกรรม 1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหา ของผู้ป่วย 2. ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย แต่ละราย เช่น ระดับยาในเลือดและสารเสพติด 3. ประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน เช่น BPRS, PANSS, HoNos, OAS, PVSS และประเมิน ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 4. ประเมิน GAF เพื่อดูความสามารถทำหน้าที่โดยรวม 5. ประเมินปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน Audit/Mind/V2 กรณีประวัติการดื่มสุรา และ ประเมินแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด (stage of change) 6. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ทางจิตเวช 7. ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย 8. ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว 9. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและ เครือข่าย	พยาบาล จิตเวชชุมชน						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
		<p>10. ประเมินความรู้ ทักษะทัศนคติและความสามารถของผู้ป่วย และญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ</p> <p>11. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาซ้ำซ้ำ</p> <p>12. ประเมินภาระและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>13. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาดำเนิน</p> <p>14. พึ่งพู่ทักษะทางด้านจิตสังคมและงานด้านอาชีพ</p> <p>15. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การบริการรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันอาการกลับไปซ้ำซ้ำ (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปซ้ำซ้ำ เป็นต้น</p> <p>16. ประสานงานและส่งต่อหรือช่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>17. ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาดำเนิน</p> <p>18. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปซ้ำซ้ำ</p> <p>19. ติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ใน รพจ.ตามนัด</p>						

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อให้ผู้ป่วยได้ กินยาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากการ ใช้ยา	1. ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/อาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวช 2. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทาง จิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือ รายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกันกำเริบไป เสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟู เพื่อป้องกันกำเริบไปเสพยา เป็นต้น	เภสัชกร					
	เพื่อประเมิน ประกอบการ วินิจฉัยและให้การ บำบัดทางจิตวิทยา	1. ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกในกรณีต้องการ ผลประกอบการวินิจฉัยเพิ่มเติม 2. บำบัดและฟื้นฟูทักษะทางด้านจิตสังคม 3. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดและ ฟื้นฟูทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพ ปัญหาที่พบ เช่น จิตบำบัด สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัว บำบัด การป้องกันกำเริบไปเสพยา (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันกำเริบไป เสพยา	นักจิตวิทยาคลินิก					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตอยู่ กับครอบครัวและ ชุมชนได้	กิจกรรม	นักสังคมสงเคราะห์				
		<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมิน ICF 2. ประเมินทักษะการสื่อสาร 3. ประเมินปัญหาความต้องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว 4. ประเมินทัศนคติ/แหล่งสนับสนุนของชุมชนและเครือข่าย 5. ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวซ้ำ 6. ค้นหาทักษะทางจิตสังคมและงานด้านอาชีพ 7. ประเมินผลความก้าวหน้าในการให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวตามสภาพปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา การปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด การป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) โปรแกรมฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เป็นต้น 8. ประสานงานและส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 9. ให้ความรู้และเสริมพลังชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังไม่ให้ขาดยา และไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ 					

ระยะเวลาที่ อยู่รักษาใน โรงพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพที่ รับผิดชอบ	การปฏิบัติ		ผลลัพธ์	ปัญหา/ อุปสรรค	ผู้ปฏิบัติ
				ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ			
	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจวัตร ประจำวัน มีทักษะ การดำเนินชีวิต อยู่ กับครอบครัวและ ชุมชนได้	1. ประเมิน ICF 2. ประเมินทางกิจกรรมบำบัด เช่น ประเมิน Cognitive function, Occupational performance 3. ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย 4. ฟื้นฟูสมรรถภาพและงานด้านอาชีพ	นักกิจกรรมบำบัด/ เจ้าพนักงาน อาชีพบำบัด					
	เพื่อติดตามประเมิน และวางแผนการ ดูแลต่อเนื่อง	1. ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดที่ผู้ป่วย ได้รับในเดือนที่ 9 และ 12 หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 2. จัดประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามความ ก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและ แผนการดูแลต่อไป 3. ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด ทุก 3 เดือน	ผู้จัดการรายกรณี ในชุมชน (ccm)					



- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2556). **คู่มือดูแลทางจิตเวช สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ**. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (Super Specialist Service: SSS) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- อวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ. (2543). **แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง**. ขอนแก่น: โรงพยาบาล ศรีนครินทร์.
- ธีระ สีสานันทกิจ. (2541). **การบริหารจัดการและรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปารีชาติ ใจสุภาพ. (2547). **การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. รายงานการค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2547). **การพัฒนาทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยพริวมทอง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์**. การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์. (2552). **คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวช**. นครราชสีมา: อินดีไพรส.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2555). **คู่มือสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท สำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ**. โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. (2560). **คู่มือการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท ซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี**. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (มมป) **แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับญาติและผู้ดูแล**. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2545). **คู่มือสมุดสุขภาพเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง**. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.

- หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (2559). **การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61 (3) : 253 - 266.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). **Schizophrenia, substance abuse, and violent crime**. *Jama*, 301 (19), 2016 - 2023.
- United States Department of Health and Human Services. (2012). **Substance Abuse and Mental Health Services Administration**. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health. ICPSR34933 - v3. Ann Arbor, MI: Inter - university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2015 - 11 - 23.<https://doi.org/10.3886/ICPSR34933.v3>

ภาคผนวก ก

- ใบบทความรู้: อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสำหรับญาติและผู้ดูแล
- คำนิยามของการบริการนิติจิตเวช
- เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- แนวทางการใช้ Clinical Global Impression



ใบความรู้ : อาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง สำหรับญาติและพู่เถ

การเกิดอาการกำเริบทางจิต เป็นการแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว การเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจะมีอาการเตือนก่อนเสมอโดยมีปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

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

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

- เคยก่อพฤติกรรมรุนแรงมาก่อน
- มีพฤติกรรมก้าวร้าว/มีความขัดแย้งรุนแรงกับคนรอบข้าง เช่น ทะเลาะวิวาท ด่าทอ
- มีอาวุธ

อาการเตือนหรือสัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง

1. ลักษณะการแสดงออกของผู้ป่วย
 - ด้านคำพูด ได้แก่ พูดหยาบคาย ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธการป่วยจิต
 - ด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง ตื้อไม่ฟังใคร
 - ด้านพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้าเคร่งเครียด ตาขวาง สายตาไม่เป็นมิตร เดินอาดๆ กระทั่งเท้า เปิด - ปิด ประตูแรง อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย หงุดหงิด มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ซึมเศร้า เก็บตัว เงียบขรึมกว่าปกติ พกพาอาวุธ ทำลายของ
2. การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ไม่สนใจตัวเอง ไม่อาบน้ำ แปรงฟัน ออกนอกบ้าน กลางคืนไม่นอน
3. อาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ มีอาการหลงผิด หูแว่ว พูดคนเดียว หวาดระแวง

การจัดการเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1. เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ
2. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พูดคุยให้ผู้ป่วยได้คิดถึง เตือนสติ
3. อยู่ห่างๆ ชั่วคราว ไม่เข้าไปใกล้ผู้ป่วย เผื่อสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย
4. หากผู้ป่วยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น อยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 เมตร และให้ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ รพสต. อปพร. ตำรวจ เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล



1. การบริการนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 หมายถึง

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลหรือพนักงานสอบสวนเชื่อว่าเป็นบุคคลวิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ มาตรวจสภาพจิตหรือบำบัดรักษาหรือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 มีสาระสำคัญว่า

ในระหว่างทำการสอบสวน ไล่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาล แล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้ต้องหาแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้ขึ้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวน หรือศาลเห็นว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไล่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถจะต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษา ก็ได้ ตามแต่จะเห็นสมควร กรณีที่ศาลงดการไล่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา ดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้

2. การบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 หมายถึง

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลส่งมาบำบัดรักษาที่รพ.จิตเวช ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 จนกว่าจะปลอดภัยต่อสังคม

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 มีสาระสำคัญว่า

ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตาม มาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 มีสาระสำคัญว่า

ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

3. การบริการนิติจิตเวชที่ศาลส่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 หมายถึง

การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ศาลส่งมาบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 มีสาระสำคัญว่า

ผู้ใดกระทำความผิดซึ่งมีโทษจำคุกและในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินสองปี ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นได้รับโทษจำคุกมาก่อนหรือปรากฏว่าได้รับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ เมื่อศาลคำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพ และสิ่งแวดล้อมของผู้นั้นหรือสภาพความผิดหรือเหตุอื่นอันควรปรานีแล้ว เห็นเป็นการสมควร ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้นมีความผิดแต่รอกำหนดโทษไว้หรือกำหนดโทษแต่รอกำหนดโทษไว้แล้วปล่อยตัวไป เพื่อให้โอกาสผู้นั้นได้กลับตัวภายในระยะเวลาที่ศาลจะกำหนดแต่ต้องไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่ศาลจะพิพากษา โดยจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อควบคุมความประพฤติของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้

เงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติ

- ให้รายงานตัว เพื่อให้เจ้าพนักงานสอบถาม แนะนำ ช่วยเหลือ ตกเดือน
- จัดให้ทำกิจกรรมบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์
- ให้ฝึกหัดหรือทำงาน
- ให้ละเว้นการคบค้าสมาคมหรือประพฤตินำไปสู่การกระทำความผิดทำนองเดียวกัน
- ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจหรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด
- เงื่อนไขอื่นๆ ที่ศาลเห็นสมควรเพื่อแก้ไข ฟื้นฟูหรือป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดหรือมีโอกาสกระทำความผิดซ้ำอีก

4. การบริการนิติจิตเวชที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา หมายถึง การบริการแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เรือนจำส่งบำบัดรักษา



เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง)
<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะตายจริงๆ หรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “กระทำด้วยวิธีอะไร?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนอย่างไร อย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “แล้วคุณทำอะไร?” “บุคคลนั้นเป็นใคร?” (ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่ามีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะมุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย) “คุณเคยคิดว่า ...คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่เขาจะมาทำร้ายคุณหรือไม่?” หรือ “เพราะเหตุใดคุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว?”</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่?”</p>
<ul style="list-style-type: none"> ยิงตัวเองด้วยปืน แขวนคอ ตั้งใจกระโดดจากที่สูง เพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู กินยาเกินขนาด เพื่อฆ่าตัวตาย 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ เจตนาชน หรือทับผู้อื่น ด้วยยานยนต์ 	<ul style="list-style-type: none"> มีความคิดจะทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายตนเอง/ผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว เพื่อมุ่งร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง แต่ไม่เสียชีวิต ช่มชู้กระทำชำเราบุคคลอื่น วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย



เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ต่อ)

1. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต	2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน	3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง	4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทง ● ฉีดยา ปาดตัวเอง ● ทำให้ตัวเองจมน้ำในน้ำ เพื่อให้หายใจไม่ได้ ● ทำให้ยานยนต์ชน หรือ ทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆ ที่ ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น ● ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง ● ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเอง ให้หายใจไม่ออก ● ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต ● มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูดเอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผ่นัง หรือของแข็ง เป็นต้น ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● จิตตัวประกัน ● พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง ● ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน ● อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือ เผาสิ่งของ หรือ ทรัพย์สิน เสียหาย ● ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ● ทำอนาจาร เปลือยกาย หรือเปิดเผย อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ ● ข่มขืน ล้วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเราผู้อื่น ● บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● อื่นๆ (ระบุ)..... 	

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง



แนวทางการใช้ Clinical Global Impression

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

ข้อจำกัดและความต้องการของการรักษาผู้ป่วยในชีวิตจริง

- มีเวลาจำกัด
- จำเป็นต้องให้การรักษาที่ได้มาตรฐาน
- จำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่สมบูรณ์
- จำเป็นต้องมีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

CGI ประกอบด้วย

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

การให้คะแนน CGI - Severity

เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์ทางคลินิกของคุณเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันนี้ทั้งหมดผู้ป่วยคนนี้มีอาการป่วยทางจิตอยู่ในระดับใดในเวลานาน

1	Normal, not at all ill ปกติ, ไม่ป่วยเลย	ไม่พบอาการของโรค
2	Borderline mental ก้ำกึ่งจะป่วยทางจิต	แทบไม่พบอาการ ไม่มีผลกระทบใดๆ จากอาการ
3	Mildly ill ป่วยเล็กน้อย	มีอาการปรากฏให้เห็นน้อยครั้ง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ น้อย ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจเล็กน้อย และไม่มีผลต่อ function ที่เป็นอยู่
4	Moderately ill ป่วยปานกลาง	มีอาการปรากฏให้เห็นบ่อยครั้ง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจชัดเจน แต่พอทนได้ เกิดผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพเล็กน้อย
5	Markedly ill ป่วยมาก	มีอาการบ่อยหรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ทำให้งานเสียหายชัดเจน หรือเสียสัมพันธภาพ
6	Severity ill ป่วยรุนแรง	มีอาการตลอด หรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ความคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือกักขังส่วนตัวบกร่อง
7	Extremely ill ป่วยรุนแรงสุดขีด	มีอาการตลอด หรือเกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก ทำให้รู้สึกทุกข์ใจอย่างมาก ผลกระทบตามข้อ 6 รุนแรง จนควบคุมไม่ได้

Comparative CGI - Severity

เป็นการเพิ่มความเที่ยง (reliability) ของการให้คะแนน CGI - Severity โดยเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างกับคะแนนที่ใกล้เคียงกัน โดยอาศัยลักษณะหลักๆ ที่เป็นข้อพิจารณาประกอบให้คะแนน ได้แก่

- (1) Symptom frequency ความถี่ของอาการ
- (2) Symptom intensity ความรุนแรงของอาการ
- (3) Distress ความรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ
- (4) Impact (work, home, school, relationship)

ผลกระทบของอาการ ใน 4 เรื่อง คือ การทำงาน/การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน การเรียน และ สัมพันธภาพ)

Symptom Frequency	Symptom Intensity	Distress	Impact (work, home, school, relationship)	CGI - S
ไม่พบอาการของโรค				1
แทบไม่พบอาการ	ความรุนแรงน้อย	ไม่พบ	Function ไม่บกพร่อง	2
ความถี่น้อย	ความรุนแรงน้อย	มีเล็กน้อย	Function ไม่บกพร่อง อาจทำงานได้โดยยากลำบาก	3
มีอาการบ่อยครั้ง	ความรุนแรงปานกลาง	มีชัดเจน แต่พอทนได้	เกิดผลกระทบต่องานหรือ สัมพันธภาพเล็กน้อย	4
มีอาการบ่อย หรือเกือบตลอดเวลา	ความรุนแรงปานกลาง	มีมาก	งานเสียหายชัดเจน หรือเสีย สัมพันธภาพ	5
มีอาการตลอด/เกือบตลอดเวลา	ความรุนแรงมาก	มีมาก	พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ความคิดฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย กิจกรรมส่วนตัวบกพร่อง	6
มีอาการตลอด/เกือบตลอดเวลา	ความรุนแรงมาก	มีมาก	ผลกระทบ ตามข้อ 6 รุนแรง จนควบคุมไม่ได้	7

3 แยก จาก 2 ที่ความถี่ของอาการ และ 3 มีความรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจอยู่ด้วย

4 แยก จาก 3 ที่ 4 มีผลกระทบต่องาน แต่ 3 ไม่มีผลกระทบต่องาน

5 แยก จาก 4 ที่ผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพ โดย 5 เสียงานหรือเสียสัมพันธภาพ แต่ 4 เกิดผลกระทบต่องานหรือสัมพันธภาพเพียงเล็กน้อย

6 แยก จาก 5 ที่ 6 พบพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว หรือดูแลกิจกรรมตัวเองไม่ได้

7 แยก จาก 6 โดยที่ 7 มีพฤติกรรมรุนแรงกว่าจนญาติหรือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถควบคุมได้

เครื่องมือ/แบบประเมิน

แบบประเมิน

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

ตัวอย่างแบบติดตาม/แบบรายงาน

1. แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance record form)
2. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย
3. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
 - แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช
 - แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)
4. แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีคดี
 - แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D - METHOD



แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi - urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการ บาดเจ็บอวัยวะภายในหรือ หมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะตัวเอง เป็นรอย ขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการ แสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก ๆๆ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับ บาดเจ็บ เช่น ขีด เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูก หัก หรือเกิดการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำ สกปรก รุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งชน เตะ ผลักหรือดึงผู้อื่นแต่ ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หยุดหงิด ส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทบ กระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าว ของกระจัด กระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

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

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

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

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

คำชี้แจงสำหรับผู้ประเมิน: แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช อันจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย

วิธีการใช้แบบประเมิน: โปรดถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย

ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมินให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (≥1 ชนิด)	0	ไม่ได้ใช้	
		1	ใช้แต่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	
		2	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
		3	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนถึงขั้นติดสุราหรือสารเสพติดนั้น และมีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
2	ความคิดและการพยายาม ทำร้ายตนเอง	0	ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง	หมายเหตุ: หากข้อนี้ประเมินได้ คะแนน 1 - 4 โปรดดูการแปลผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง
		1	มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีกว่า	
		2	ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง เช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พุดสังลา เขียนจดหมายหรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น	
		3	ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวดหรือกินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณไม่มาก	
4	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจที่จะทำให้ตาย โดยใช้วิธีการที่รุนแรงซึ่งมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น ใช้ปืนยิง ราดน้ำมัน จุดไฟเผา ใช้ไฟฟ้าช็อต แขนงคอ ใช้ของมีคมแทง รั้งให้รถชน กระโดดจากที่สูง			

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
3	การแสดงท่าทาง คุกคาม ช่มชู้ผู้อื่น	0	ไม่มี	
		1	แสดงออกถึงการพูดตำหนิตัวด้วยคำรุนแรง ตะโกน แผลดเสียง พูดจา ถากถาง คาดโทษ ช่มชู้จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ	
		2	แสดงกิริยาท่าทางที่กำลังจะจู่โจม ทำร้ายผู้อื่นร่วมกับมีอาการมึน โกรธ เช่น กระตืบเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้นิ้ว ตาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น	
		3	มีการแสดงท่าทางคุกคาม ช่มชู้ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยา ท่าทาง (ทั้งข้อ 1 และ 2)	
4	การแสดงออก ทางอารมณ์ พฤติกรรม ที่หวาดระแวงว่า ผู้อื่นจะมาทำร้าย และไม่เป็นมิตร	0	ไม่มี	
		1	ไม่แน่ใจ เนื่องจากการแสดงออกไม่ชัดเจน แต่ญาติหรือ ผู้ประเมินสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว	
		2	มีอาการหวาดระแวงชัดเจน ทั้งทางคำพูดและพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงมือกระทำรุนแรง เช่น พกอาวุธ หันมองซ้ายขวา ระวังตัวอย่างมาก เป็นต้น	
		3	ต่อสู้หรือจู่โจมเป้าหมายที่หวาดระแวง	
5	พฤติกรรมรุนแรง และการทำร้าย ผู้อื่น	0	ไม่มี ทั้งพฤติกรรมและความคิดหรือการวางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น	*หมายเหตุ หากประเมินได้ 0 - 2 คะแนน ไม่ต้องประเมิน ข้อ 6 - 9 หาก ประเมินได้ 3 คะแนนให้ ประเมิน ข้อ 6 - 9 ต่อ
		1	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายคนอื่น แต่ยังไม่เฉพาะ เจาะจงว่าเป็นใคร	
		2	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น หรือมีความคิดอยาก จะข่มขืน จะฆ่าคนอื่นโดยระบุบุคคลใดคนหนึ่ง หรือบอกว่าจะเผา ที่ใดที่หนึ่ง แต่ยังไม่ลงมือทำ	
		3	ลงมือกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น หรือเผา หรือทำลายสิ่งของ หรือ มีพฤติกรรม ถ้ามอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้า สาธารณะหรือไม่	
6	เป้าหมายของ การกระทำรุนแรง	1	กระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียวไม่ได้ทำร้ายผู้อื่น	
		2	กระทำรุนแรงต่อผู้ชาย	
		3	กระทำรุนแรงต่อผู้หญิงหรือเด็ก ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือ ผู้พิการ	
		4	กระทำรุนแรงทั้งต่อสิ่งของ และผู้ชาย ผู้หญิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือเด็กที่มากกว่า 1 คนขึ้นไป	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
7	ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง	1	ใช้ปากกัด ใช้ศีรษะโขลก หรือกระแทก ใช้มือ ผลัก ตบ ตีต่อย บีบ ผู้อื่น	*หมายเหตุ หากประเมินได้ 4 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	ใช้เท้า เตะ ถีบ กระทุบ ผู้อื่น แต่ไม่ได้ใช้อาวุธหรือมีพฤติกรรมถ้ามอง เล่น หรือโชว์อวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ	
		3	ใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ของมีคม หรือมีการลวนลามทางเพศ เช่น กอดจูบ จับหน้าอกหรือของสงวนผู้อื่น แต่ยังไม่ข่มขืน	
		4*	ใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคม หรืออาวุธ เช่น มีด ดาบ ปืน เพื่อทำร้ายผู้อื่น/หรือตั้งใจเผา วางเพลิงเพื่อสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคล/หรือมีการข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น	
8	ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	1	สิ่งของมีการแตกหัก พัง เสียหาย ใช้การไม่ได้ แต่ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ	*หมายเหตุ หากประเมินได้ 5 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีรอย ฟกช้ำเคล็ดขัดยอก ปวดตามร่างกาย แต่ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออกมา	
		3	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีแผล มีเลือดออกต้องรับการรักษาจากสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน	
		4	มีผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง มีการเสียเลือด หรือแตกหักของอวัยวะในร่างกาย อย่างรุนแรง จนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
		5*	มีผู้เสียชีวิต	
9	การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	1	ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจจากการกระทำของตน เช่น ร้องให้ยอมรับผิด แสดงการขอโทษผู้ได้รับผลจากการกระทำของตน	
		2	ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ชัดเจน ว่าเสียใจ หรือโกรธสีหน้าเฉยเมย ไม่สนใจว่ามีผู้ใดหรือสิ่งใดได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตน	
		3	ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตนอย่างชัดเจน ไม่รู้สึกผิด ยังมีอารมณ์โกรธ หรือพูดถึงความรู้สึกสะใจ ที่ได้กระทำรุนแรงต่อผู้อื่น	
รวมคะแนน			ภาพรวมความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง (ข้อ2) <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง	



ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

- คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย
- คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง
- คะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

การแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย ที่ได้จากการประเมิน
คำถามเฉพาะข้อ 2

หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥ 1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย

คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

คะแนน 2 - 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วย
จะได้รับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง

เช่น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่น
ได้ 5 คะแนน จะแปรผลว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการ
ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย



แบบประเมินอาการทางจิต Clinical Global Impression - Severity (CGI - S)

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

- 1 = Normal, not at all ill
- 2 = Borderline mentally ill
- 3 = Mildly ill
- 4 = Moderately ill
- 5 = Markedly ill
- 6 = Severely ill
- 7 = Extremely ill



แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

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

คำชี้แจง: ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

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

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

ข้อ 1 - 10 ให้คะแนนตามที่ถูกผู้ป่วยบอก ข้อ 11 - 18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก



แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)

ชื่อ.....HN.....ตึก.....

หัวข้อการประเมิน	วันที่..... ผู้ประเมิน..... ระดับความรุนแรง				
	0	1	2	3	4
ประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Thai HoNOS)					
1. ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินไป หรือจากพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนผู้อื่น หรือรุนแรง (Violence)					
2. มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (Suicide)					
3. ปัญหาดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด					
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ					
5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย					
6. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด					
7. อารมณ์ซึมเศร้า (สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกผิด ไม่ว่าจะถูกวินิจฉัยโรคอะไรก็ตาม)					
8. ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ					
9. ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น					
10. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม					



แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)

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

- P1. อาการหลงผิด
- P2. ความคิดสับสน
- P3. อาการประสาทหลอน
- P4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย
- P5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง
- P6. ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย
- P7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร
- N1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ
- N2. การแยกตัวทางอารมณ์
- N3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง
- N4. อาการแยกตัวจากสังคม
- N5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม
- N6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง
- N7. การคิดอย่างตายตัว
- G1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย
- G2. อาการวิตกกังวล
- G3. ความรู้สึกผิด
- G4. ความตึงเครียด
- G5. ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ
- G6. อาการซึมเศร้า
- G7. การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ
- G8. การไม่ร่วมมือ
- G9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ
- G10. อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล
- G11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย
- G12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย
- G13. การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจ หรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง
- G14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี
- G15. ความคิดหมกมุ่น

- G16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม
- S1. ความรู้สึกโกรธ
- S2. อดใจรอการตอบสนองของความต้องการไม่ได้
- S3. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต

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



แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

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

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือ	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการ จะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 1 - 8 คะแนน	หมายถึง	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย
คะแนน 9 - 16 คะแนน	หมายถึง	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
คะแนน ≥ 17 คะแนน	หมายถึง	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 8Q = 1 - 8 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ติดตามแผนการวางแผนพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด

คะแนน 8Q = 9 - 16 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
3. แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและแผนการที่ถูกต้อง
4. ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้ปรึกษาโรงพยาบาลเครือข่าย

คะแนน 8Q > 17 คะแนน

1. ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และแผนการอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
3. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
4. หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ลดลง พิจารณาปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

หมายเหตุ : ผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ควรได้รับการติดตามประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทุกเดือน



แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

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



ตารางการแปลผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7 คะแนน	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

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

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



การประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)

ในการประเมินให้พิจารณาถึงความสามารถของผู้ป่วยในเชิงจิตใจ สังคม และอาชีพ การพิจารณาไม่ให้ความสำคัญบกพร่องด้านการทำหน้าที่อื่นเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย (หรือสภาพแวดล้อม)

รหัสคะแนน: หมายถึงเหตุบางครั้งอาจให้คะแนนที่มีค่าระหว่างช่วงคะแนนที่ให้ไว้ได้ หากเหมาะสม เช่น 45, 68, 72

91-100	สามารถทำกิจกรรมต่างๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม แก้ไขปัญหาชีวิตได้ เป็นที่พึ่งของคนอื่นได้เพราะเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกหลายอย่างไม่มีอาการ
81-90	มีอาการน้อยมากหรือไม่มีเลย (เช่น กังวลใจเล็กน้อยก่อนการสอบ) ทำสิ่งต่างๆ ได้ดีในทุกๆ ด้าน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลาย เข้าสังคมได้ดี พอใจกับชีวิตโดยทั่วไป ไม่มีอะไรมากไปกว่าปัญหาในชีวิตประจำวัน (เช่น ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวเป็นบางครั้ง)
71-80	หากมีอาการบ้างก็เป็นแบบชั่วคราวและเป็นการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตที่พบได้โดยทั่วไป (เช่น สมาธิไม่ค่อยดีหลังจากทะเลาะกันในครอบครัว) ไม่มีอะไรมากไปกว่าสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือในโรงเรียน เพียงเล็กน้อย (เช่น การเรียนตกต่ำชั่วคราว)
61-70	มีอาการเล็กน้อย (เช่น อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับบ้าง) หรือ มีปัญหาบ้างในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ หรือเรียน (เช่น หนีเรียนหรือขโมยของในบ้าน) แต่ความสามารถโดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับคนบางคนได้
51-60	มีอาการอยู่ในระดับกลาง (เช่น อารมณ์เรี่ยเฉย พุดจาวกวน นานๆ ครั้งจะมีอาการตื่นตกใจกลัวจนควบคุมตัวเองไม่ได้) หรือมีความลำบากในการเข้าสังคม ประกอบอาชีพ หรือการเรียน ในระดับกลางๆ (เช่น มีเพื่อนน้อย มีความขัดแย้งกับเพื่อนๆ หรือเพื่อนร่วมงาน)
41-50	อาการรุนแรง (เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการย้ำคิดอย่างรุนแรง ขโมยของในร้านค้าบ่อย ๆ) หรือมีความบกพร่องที่รุนแรงทางสังคม อาชีพ หรือการเรียนอย่างมาก (เช่น ไม่มีเพื่อนเลย หรือต้องตกงานอยู่เรื่อย ๆ)
31-40	มีการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงหรือการสื่อสาร (เช่น บางครั้งการพูดไม่เป็นเหตุผล หรือเหตุผลฟังเข้าใจยาก หรือไม่อยู่กับร่องกับรอย) หรือ มีการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวการใช้วิจารณญาณ การคิด อารมณ์ (เช่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่เมื่อมีอาการเศร้าจะหลีกเลี่ยงการพบปะเพื่อนฝูง ครอบครัว และไม่สามารถทำงานได้ ถ้าเป็นเด็กอาจรังแกเด็กที่เล็กกว่า ติ้อเวลาอยู่ที่บ้าน และการเรียนล้มเหลว)
21-30	พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของความหลงผิดหรืออาการประสาทหลอน หรือ มีความบกพร่องอย่างรุนแรงในการสื่อสารและใช้วิจารณญาณ (เช่น บางครั้งพูดไม่ปะติดปะต่อทำสิ่งต่างๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะอย่างมาก หมกมุ่นอยู่กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย) หรือ ไม่สามารถทำอะไรได้เลยในแทบทุกด้าน (เช่น นอนอยู่คนเดียวทั้งวัน ไม่มีงานทำ ไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีเพื่อน)

11-20	อาจเป็นอันตรายหรือทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (เช่น พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดหวังชัดเจนว่าจะตายจริงๆ มีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง มีลักษณะตื่นเต้นไม่ยอมอยู่นิ่งเลย) หรือ บางครั้งไม่สามารถรักษาอนามัยส่วนตัวได้ (เช่น เอาอุจจาระป้ายของบางอย่าง) หรือมีความบกพร่องในการสื่อสารอย่างรุนแรง (เช่น ส่วนใหญ่พูดไม่รู้เรื่อง หรือเจิบเฉยเหมือนคนใบ้)
1-10	มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (เช่น มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ) หรือ ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาอนามัยส่วนตัวแม้เพียงเล็กน้อยได้ หรือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และคาดหวังชัดเจนว่าจะตายได้จริง
0	ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้

ในผู้ป่วยรายนี้ มีคะแนน GAF.....

ตัวอย่างแบบติดตาม/แบบรายงาน

แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance record form)

โรงพยาบาล.....	ชื่อ.....	HN.....	AN.....	โรค.....
แพทย์เจ้าของไข้.....	วันที่ Admit.....	วันที่ D/C	ระยะเวลานอน ร.พ.	วันที่ค่าใช้จ่าย.....
แพทย์เจ้าของไข้..... พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager).				

Date/ Time	การเปลี่ยนแปลงและสาเหตุ (ระบุสาเหตุจากผู้ป่วย ญาติ ระบบงาน หรือผู้ให้บริการ)	Initial phase (ปัญหา/การจัดการ/ผู้บันทึก)			Interim phase	Pre - discharge phase
		วันที่ 1 - 7	วันที่ 8 - 14	วันที่ 15 - 28		
phase 1 - 3	<p>1. สาเหตุจากผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อากาศทางจิตไม่สงบ/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา <input type="checkbox"/> มีโรคแทรกซ้อนทางกาย <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>2. สาเหตุจากการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การประเมินและกำหนดแผนการดูแลล่าช้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <p>3. สาเหตุจากญาติ/ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ได้รับวางแผนเตรียมความพร้อม <input type="checkbox"/> ครอบครัว/ผู้ดูแลมีปัญหาการเงิน <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแล <p>4. สาเหตุจากระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ขั้นตอนการตรวจ Lab ช้า <input type="checkbox"/> ขาดอุปกรณ์ในการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... 	วันที่ 1 - 7	วันที่ 8 - 14	วันที่ 15 - 28	วันที่ 29 - 45	

แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงและการจัดการ (Variance record form)

โรงพยาบาล.....	ชื่อ.....สกุล.....AN.....ตึก.....โรค..... วันที่ Admit.....วันที่ D/Cระยะเวลานอน ร.พ.วัน ค่าใช้จ่าย.....
แพทย์เจ้าของไข้..... พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager).	

ปัญหาที่พบ	Stabilized phase หลังจำหน่าย - 6 เดือน ปัญหาและการจัดการ	Stable phase (Recovery phase) 6 เดือน - 1 ปี ปัญหาและการจัดการ
1. สาเหตุจากผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อาการทางจิตไม่สงบ/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... 2. สาเหตุจากการให้บริการ <input type="checkbox"/> ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... 3. สาเหตุจากญาติ/ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ญาติกลัวผู้ป่วย/ไม่ยอมรับผู้ป่วย..... <input type="checkbox"/> ครอบครัว/ผู้ดูแลมีปัญหาการเงิน <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแล <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... 4. สาเหตุจากระบบ <input type="checkbox"/> การส่งต่อข้อมูลล่าช้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		



แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย (สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี)

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

เลขบัตรประชาชน.....การศึกษา.....อาชีพ.....ศาสนา.....

สถานภาพ.....สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ท.74 เบิกได้

วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย.....ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน.....

วันที่รับไว้ครั้งนี้.....รับไว้ครั้งที่.....

อาการนำส่ง.....

ชื่อ - สกุลผู้ดูแล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน.....

วันที่จำหน่าย.....รวมวันนอนในโรงพยาบาล.....วัน

ที่อยู่หลังจำหน่าย.....

ผลคะแนนจากการประเมิน BPRS = CGI - S =GAF=.....9Q=.....8Q =.....

Stage of change ระดับ.....

Home Medication.....

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....

สรุปปัญหาที่ส่งต่อเครือข่าย.....

.....

.....

การรับบริการหลังจำหน่าย รับยาใกล้บ้าน (ระบุสถานที่).....

.....

รับยาต่อเรื่องที่สถาบัน/รพจ. นัดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความยินยอมของญาติในการส่งต่อข้อมูล/การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

ยินยอม..... ไม่ยินยอม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ - สกุล ผู้สรุป.....หน่วยงาน.....

หมายเหตุ แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย สามารถปรับหรือใช้แบบส่งต่อของหน่วยงานเองได้



แบบฟอร์มสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)

แบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช

ชื่อผู้ป่วย.....H.N.....จำหน่ายเมื่อวันที่.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

ผู้แจ้งผล.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....วันที่แจ้งข้อมูล.....

ชื่อหน่วยงานนำส่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....



แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (10 ด้าน)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....ID.....ชื่อญาติ.....

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน
- 2) เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชฯ ในชุมชน (10 ด้าน)	7 วัน	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. ด้านอาการทางจิต</p> <p>ไม่มีอาการ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้</p> <p>มีบ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน</p> <p>มีบ่อย = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน</p> <p>หมายเหตุ : ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วย ทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง</p>						
<p>2. ด้านการกินยา</p> <p>สม่ำเสมอ = 1 คะแนน หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่ง</p> <p>ไม่สม่ำเสมอ = 2 คะแนน หมายถึง รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา</p> <p>ไม่กินยา = 3 คะแนน หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ</p>						
<p>3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ</p> <p>ดี = 1 คะแนน คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล</p> <p>ปานกลาง = 2 คะแนน คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว</p> <p>ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ</p>						
<p>4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>ทำได้ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>ทำได้บ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ</p> <p>ทำไม่ได้ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย</p>						

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชฯ ในชุมชน (10 ด้าน)	7 วัน	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
5. ด้านการประกอบอาชีพ						
ทำได้ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพ หรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง						
ทำได้บ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น						
ทำไม่ได้ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย						
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว						
ดี = 1 คะแนน คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกเป็นส่วนใหญ่						
ทำได้บ้าง = 2 คะแนน คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบการดูต่ำ ตักเตือน ต่ำว่า บางครั้ง						
ทำไม่ได้ = 3 คะแนน คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ตูม ต่ำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง						
7. ด้านสิ่งแวดล้อม						
ดี = 1 คะแนน คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง						
ปานกลาง = 2 คะแนน คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกจากครอบครัวอยู่คนเดียว หรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว						
ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน						
8. ด้านการสื่อสาร						
ดี = 1 คะแนน คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้						
ปานกลาง = 2 คะแนน คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ เป็นครั้งคราว						
ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย						
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น						
ดี = 1 คะแนน คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้						
ปานกลาง = 2 คะแนน คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้						
ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ สอนเท่าไรก็จำไม่ได้ ทำไม่ได้						
10. ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)						
ไม่ใช้ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติดชนิดใดเลย						
ใช้บ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน						
ใช้ประจำ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน						



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

แบบบันทึกการเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตามรูปแบบ D - METHOD

1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

1.1 ความเข้าใจ การยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตเวชและการรับรู้อาการเตือนของโรคจิตเวช

ผู้ป่วย.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

1.2 ความเข้าใจและการยอมรับการรักษาทางจิตเวช

ผู้ป่วย.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

1.3 ที่อยู่อาศัย/เศรษฐกิจ/สิทธิบัตร

ระบุบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่..... หรือ อยู่คนเดียว

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ.....

1.4 ความเข้าใจ และเป้าหมายของการรักษา

ผู้ป่วย.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

1.5 การดำเนินชีวิตประจำวันด้านสุขภาพ

ผู้ป่วย.....

ญาติ/ผู้ดูแล.....

1.6 การมาตรวจตามนัด/การรักษาต่อเนื่อง.....

.....

1.7 ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหาร/สิ่งเสพติด.....

.....

1.8 สรุปจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

- D ความรู้เรื่องโรคและการรักษา
- M ความรู้เรื่องยาทางจิตเวช
- E ความรู้เรื่องการดูแลที่อยู่อาศัย/เศรษฐกิจ/สิทธิบัตร
- T ความรู้ ความเข้าใจในเป้าหมายการรักษาและทักษะตามแผนการบริการ
- H การดำเนินชีวิตประจำวันด้านสุขภาพ
- O ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตรวจตามนัดและการรักษาต่อเนื่อง
- D ความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาหาร สารเสพติดที่มีผลต่อการเจ็บป่วย

2. การให้บริการ

- ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา
- ให้ความรู้เรื่องการดูแล/ปฏิบัติตัว
- ให้ข้อมูลการบริการที่จะได้รับ/แผนการพยาบาล
- ทำจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล/กลุ่ม
- ให้ข้อมูลการใช้สิทธิบัตร/ค่าใช้จ่าย
- ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขหลังจำหน่าย
- การบำบัดครอบครัว
- ประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ
- วางแผนด้านการประกอบอาชีพ/ที่อยู่หลังจำหน่าย
- ประสานสาธารณสุขในการเตรียมชุมชน
- เตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วย
- ประสานสาธารณสุขในการติดตามหลังจำหน่าย
- ลงพื้นที่เตรียมครอบครัว/ชุมชนวันที่.....
- ติดตามหลังจำหน่ายตามระบบบริการนิติจิตเวช
- วางแผนตรวจ/ติดตามในเรือนจำ
- ประสานการดูแลกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์
- ประสานเรือนจำในการติดตามดูแลหลังจำหน่าย
- ติดตามผลการดำเนินคดีจากพนักงานสอบสวนหลังจำหน่าย
- อื่นๆ ระบุ.....

3. สรุปรายงานความก้าวหน้า.....

.....

ผู้บันทึก.....

**รายงานผู้ร่วมพัฒนาคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต**

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 27 - 29 พฤศจิกายน 2562
ณ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

วิทยากรและผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|---------------------|-----------------|--|
| 1. รศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 3. นายแพทย์ไพฑูริย์ | สมุทสรินทร์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 4. นายแพทย์ปทานนท์ | ขวัญสนิห | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 5. แพทย์หญิงสรสพร | จวงษ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 6. ดร.มยุรี | กลับวงษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล |

ผู้เข้าร่วมประชุม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------------|
| 1. นางเพลิน | เสียงโซคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาวพิมพ์ชนา | ศิริเหมอนันต์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางสาวสาวิตรี | แสงสว่าง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- | | | |
|------------------|--------------|----------------------------|
| 4. นางวยุณี | ข้างมิ่ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 5. นางสาวสุกัญญา | พรหมประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

โรงพยาบาลศรีธัญญา

- | | | |
|-------------------|-----------|----------------------------|
| 6. นายแพทย์จุมพล | ตันทโอภาส | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 7. นางสาวรุ่งทิวา | เกิดแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 8. นางระวีวรรณ | เต็มวาณิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลสวนปรุง

- | | | |
|--------------|----------------|----------------------------|
| 9. นางปพิชญา | แสงเอื้ออังกร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 10. นางบุศยา | วิทยาอารีย์กุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- | | | |
|-------------------|---------|----------------------------|
| 11. นางอัมพร | สีลากุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 12. นางเยาวลักษณ์ | การกล้า | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 13. นางสาววดี | พละบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์

- | | | |
|----------------|------------|-----------------------|
| 14. นายนิมิต | แก้วอาจ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 15. นายพรดุษิต | คำมีสินนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

- | | | |
|---------------|--------------|-----------------------|
| 16. นายสันทัต | ธีรพัฒน์พงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|---------------|--------------|-----------------------|

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

- | | | |
|------------------|-------------|-----------------------|
| 17. นางสาวมีนา | นุ้ยแนบ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 18. นางณัฐปภัทร์ | นาคะวิโรจน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 19. นางสาวอารมณี | ปรีทวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- | | | |
|-------------------|------------------|----------------------------|
| 20. นางโสภา | มุสิโก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 21. นางวันทนา | ทิพย์มณฑิเยียร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 22. นางสาวพรทิพย์ | โพธิ์ครูประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์

- | | | |
|------------------|---------------|-----------------------|
| 23. นางสุนันทา | พลเดชาสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 24. นายสงคราม | อินทร์เพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 25. นายชัยศักดิ์ | ศรีภูมิ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

- | | | |
|------------------|-----------|-----------------------|
| 26. นางสาวสรินดา | น้อยสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 27. นางธิดาเดือน | ดอนจันทร์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์

- | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------|
| 28. นางสาวมณีวรรณ | ศุภวรรณวิบูล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 29. นางกัลยาภัสร์ | คำชมภู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 30. นายวรสันต์ | แผ่นพรหม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------------|
| 31. นางสาวพัชรี | วัฒนาเมธี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 32. นางวิภาภรณ์ | เขม้นเขตการณ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

- | | | |
|--------------------|-------------|------------------------------------|
| 33. นางชนันรัตน์ | นวลพัฒน์ | นักวิชาการสถิติชำนาญการ |
| 34. นางสาวทัศนีย์ | จันประเสริฐ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ |
| 35. นางสาวกุลนิษฐ์ | มุงัธัญญา | นิติกร |

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

- | | | |
|--------------------|-----------------|--------------------------------|
| 36. นางสาวชิตชนก | โอภาสวัฒนา | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 37. นางธัญลักษณ์ | แก้วเมือง | นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ |
| 38. นางสาวภูษณิศรา | ชัยวิรัตน์นุกูล | นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ |
| 39. นางสาวพรพิมล | นาอ่อน | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |

40. นางณัฐธยาน์	พงษ์พียะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
41. นางสาวสิริมาล	หฤทัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
42. นางสาวพุลสวัสดิ์	เที่ยงหนู	นักวิชาการสาธารณสุข
43. นางสาวปวราย์	ต้นทารส	นักวิชาการสาธารณสุข
44. นางสาวพนิดา	สีนาเวช	นักวิชาการสาธารณสุข
45. นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ
46. นางสาวสุวิมล	อุ๋เงิน	พนักงานธุรการ ส 4
47. นางสาวภรณ์ทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH