

# แนวทางการพัฒนางานสุขภาพจิต และจิตเวชในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โดย นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



# การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

- นโยบาย ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำและพัฒนา

# การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดร่วม

- กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ซึ่งมาจาก 3 ช่องทางหลัก ดังนี้
- 1. การสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดย มหาดไทย/ผู้นำชุมชน/ญาติ (ใช้หลัก **3ส** สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง)โดยใช้ การสังเกต 5 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรง
- 2. ตำรวจนำส่ง/ปกครองนำส่ง
- 3. ตามคำสั่งศาล

ร่วมกับเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

# ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ดังนี้

## 1. การสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน

- 1.1 กลุ่มญาติตำรวจ ฝ่ายปกครอง และทีมหมอครอบครัว ทำการค้นหา  
กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
  - ด้วย 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคน  
เดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง

## 1.2 สถานพยาบาล มีการจัดการและทำการประเมิน ดังนี้

การจัดการภาวะก้าวร้าว (**VIOLENCE MANAGEMENT**)

การจัดการภาวะฉุกเฉิน (**ACUTE PHASE MANAGEMENT**) โดยใช้การประเมิน ดังนี้

- ประเมินอาการทางกาย
- ประเมินอาการทางจิต ตามแบบประเมิน **OAS** และ **2Q+**
- ประเมิน **SUBSTANCE INTOXICATION/WITHDRAWAL**

# 1.3 สถานพยาบาลบำบัดรักษาและดูแลเบื้องต้น

- หากอาการดีขึ้น ประเมินการใช้ยาเสพติด BA/BI
- หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อตามศักยภาพพิจารณาตามความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย OAS + 2Q+ ตามเกณฑ์ ดังนี้
  - 1. รพช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 0-1,2 Mild to Moderate MDD/ Low Risk Suicide
  - 2. รพศ/รพท: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS 0-1,2,3 Mild/Moderate/Severe MDD Low/Moderate/High Risk Suicide
  - 3. สถานบำบัดกรมการแพทย์: ผู้ติดรุนแรง / OAS 0-1,2 Mild to Moderate MDD /Low Risk Suicide  
เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.
  - 4. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด+OAS ระดับ 3/ ผู้ติดรุนแรง+OAS ระดับ 3 / Moderate to Severe MDD /High Risk Suicide เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ

## 2. ดำรวจ/ปกครอง นำผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพ เข้ากระบวนการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 114

### 2.1 ดำรวจ/ฝ่ายปกครอง ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

- หากพบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจน าตัวส่งสถานพยาบาล
- หากไม่พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่งต่อศูนย์คัดกรอง เพื่อคัดกรองตามแบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด

## 2.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์ คัดกรองตามระบบคัดกรองในสถานพยาบาล ประเมินสภาพจิตและแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตามระดับความรุนแรง

ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- **กลุ่มอาการทางจิตมาก และปานกลาง** ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวส่งสถานพยาบาล ตามศัภยภาพ
- **กลุ่มอาการทางจิตน้อย** เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองทำการประเมินและดูแล



# เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดติดตามระดับความรุนแรง มีดังนี้

อาการทางจิตมาก (แดง)

ขณะนี้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย  
หรือหาวิธีฆ่าตัวตาย  
/ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ข้าว  
ของจนแตกหัก หรือก้าวร้าว วุ่นวาย  
/หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

อาการทางจิตปานกลาง (เหลือง)

หูแว่ว พูดคนเดียวเหมือน  
โต้ตอบกับคนอื่น หรือเห็น  
ภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น

อาการทางจิตน้อย (เขียว)

รู้สึกไม่สบายใจเซื่อง เศร้า ทุกข์  
ใจ หรือเบื่อหน่าย ไม่อยาก  
พูด ไม่อยากทำอะไร ท  
ทำอะไรก็ไม่สนุก

## 2.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประเมินการใช้ยาเสพติด

การแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้ยาเสพติด ได้แก่  
กลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด โดยใช้แบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้  
คำแนะนำแบบสั้น **(Brief Advice:BA and Brief Intervention: BI)**  
หรือการบำบัดแบบสั้น

## 2.4 กลุ่มผู้ใช้

- - การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ
- - การให้คำแนะนำแบบสั้น และหรือการบำบัดแบบสั้น จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน - การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน
- - การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
- - กรณีจำเป็นต้องเข้าระบบการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สามารถพิจารณาส่งต่อ โดยมีเอกสารการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา

## 2.5 กลุ่มผู้เสพ

- 2.5 กลุ่มผู้เสพ
- - ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก/ตามโปรแกรมของสถานพยาบาล ในสถานพยาบาล
- ระดับรพช. กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างกา  
รบำบัด เช่น ก้าวร้าว ได้ประวัติเพิ่ม ให้ท าการ  
ประเมินซ้ำ ่า
- หากเกินศักยภาพให้ส่งต่อรพท./รพศ.
- - การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ **1-2**  
เดือน

- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (**Cognitive Behavioral Therapy: CBT**) 1-2 เดือน

- จิตสังคมบำบัด ได้แก่ จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิต  
สังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน)

▪ การรักษาด้วยยา

▪ การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

- กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สถานพยาบาลสามารถพิจารณาส่งต่อเข้าสถานฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย โดยมีเอกสารการ  
ส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการฟื้นฟู

## 2.6 กลุ่มผู้ติด

- - ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามโปรแกรมของสถานพยาบาล/ผู้ป่วยใน  
ในสถานพยาบาล
- ระดับตติยภูมิโดย
- สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์กรณีผู้ป่วยเสพติดรุนแรง
- สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง

### 3. ศาลส่งเข้ารับการบำบัดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา168

- - ผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพ **ไม่สมัครใจ**/ไม่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับการบำบัดตามมาตรา 114
- ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/จนท.ปปส. นำเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย **หากศาลพิจารณาว่ายังไม่สมควรลงโทษ**
- **ศาล**สามารถส่งเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล ตามมาตรา 168
- - กรณีมีพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว ได้ประวัติเพิ่ม ทำการประเมินซ้ำ ทั้งนี้ผู้เข้ายาเสพติด ที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ สามารถรับบริการได้ที่ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัดและ/หรือหลังการบำบัด

# การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดและมีอาการทางจิต(**SMI-V CARE**)

## กลุ่ม ผู้นำ ชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

- 1.** ค้นหาผู้ที่ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จาก 5 สัญญาณเตือน เพื่อนำเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษา
- 2.** เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่งกำหนด และนำมาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ เช่น งดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ดื่มเหล้า

## การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติดและมีอาการทางจิต(**SMI-V CARE**)ต่อ

**3.** ส่งเสริมมาตรการเชิงบวก เช่น ธรรมนูญประชาชนสัมพันธ์ 5 สัญญาเดือน ( **SMI-V Scan**) เส้นทางนำส่ง และช่องทางให้คำปรึกษา และเบอร์โทรฉุกเฉิน

**4.** จัดตั้งหน่วยในการประเมินและควบคุมสถานการณ์ ประกอบด้วย นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน และชุมชน กำหนด แนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน

**5.** ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิดการควบคุม เช่น ตร. 191 หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

**6.** ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่งเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา



# โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

- ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รพ.สต
- . ให้การดูแลรักษาโรค และบูรณาการในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ. สต. >> อบต. >> ชุมชน
- ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อปท./ผู้นำ ชุมชน/พมจ./ตำรวจ/อสม./ครอบครัว/ญาติ
- สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำ เข้าสู่กระบวนการรักษา และผลการดำเนินงานการจัดการรายกรณีทุกราย

# กลุ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- ค้นหากลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่า และประชาชนทั่วไป จาก 5 สัญญาณเตือน (**SMI-V SCAN**)
- รพ.สต.ให้คำแนะนำ หากพบ 1 ความเสี่ยง แนะนำ เข้าสู่ระบบบริการเพื่อการวินิจฉัย
- คัดกรองตามเกณฑ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (**SMI-V**) และประสานการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. /อปท.>> ชุมชน
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยชุมชน ร่วมกับเครือข่าย ในพื้นที่ ผู้จัดการรายกรณีทั้งทางสังคม และความมั่นคง โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน

เกณฑ์ยุติการติดตาม : **SMI-V LOW RISK**  
(ต้องมีครบทุกข้อ ในระยะเวลา 5 ปี )

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่เคยขาดยา มาตามนัด
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
3. ไม่ใช้สุราและยาเสพติด
4. ครอบครัว ชุมชน ช่วยกันดูแล และเฝ้าระวังความรุนแรง

**\*\*\*\* 5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า  
ข่มขืนและวางเพลิง**

# บทบาทเครือข่ายในการดูแลชุมชน

## หมอ1 อสม

-ติดตามเยี่ยมบ้าน-ประเมิน 2ย1ส -  
ประสานส่งต่อกรณีมีความเสี่ยง  
แกนนำ ชุมชน -แจ้ง เหตุประสาน  
งาน ลงเยี่ยมให้กำลังใจ ช่วงเจรจา

## หมอ2 รพสต

หมอ 2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต ประเมิน  
มี **OAS** เมื่อมี ได้รับร การประสาน  
จากอสม.

## หมอ3 รพช

ให้คำปรึกษา ประสานรับส่ง  
ผู้ป่วย จัดการภาวะฉุกเฉินทาง  
จิตเวช บริการบำบัดรักษาอย่าง  
ต่อเนื่อง ดูแลต่อเนื่องในชุมชน  
มีระบบติดตามเมื่อขาดนัด

ขอบคุณค่ะ ที่ตั้งใจฟัง

สวัสดีค่ะ