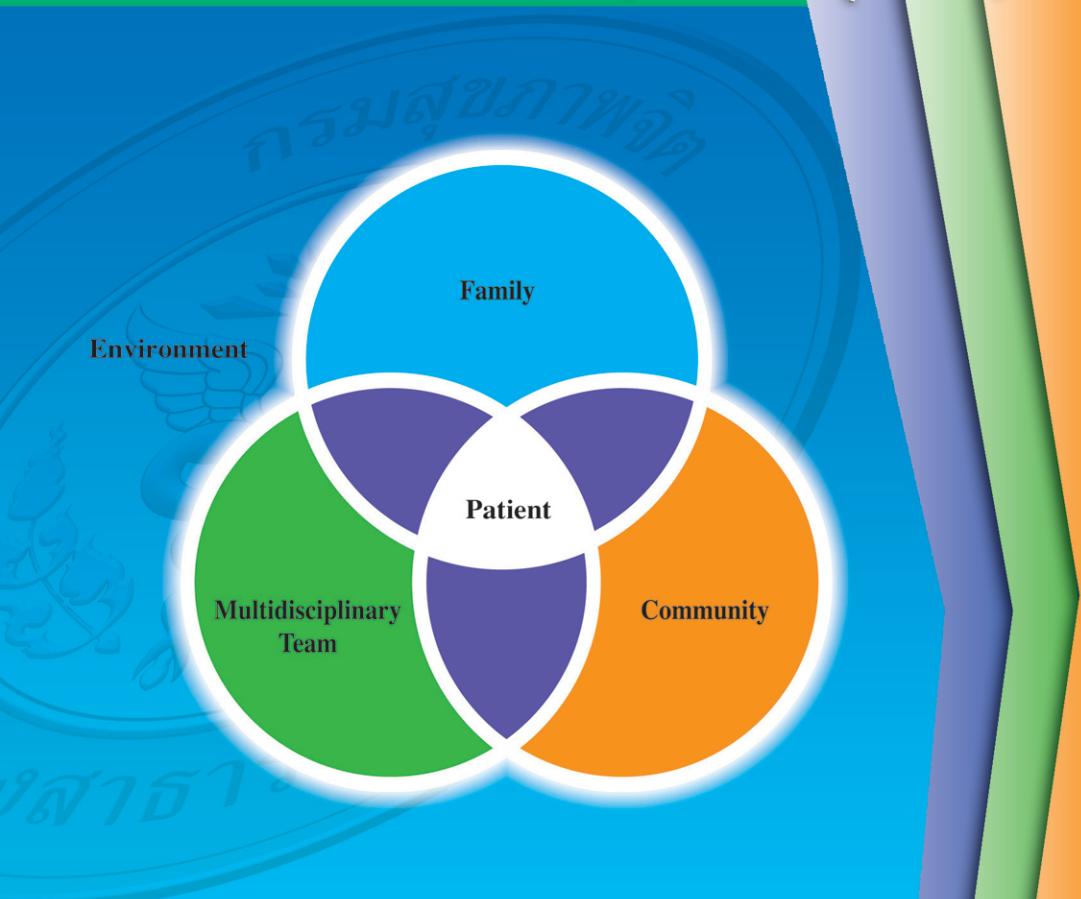


ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ
เรื่อง การวางแผนจ้างหนี้ผู้ป่วยจิตเภท
(ฉบับปรับปรุง 2551)



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



คำนำ

ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) เป็นชุดความรู้ที่ กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้คณะทำงานจัดทำและบริหารแผนการจัดการความรู้ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมสุขภาพจิต ประจำปี 2551 ในประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาคุณภาพมาตรฐานและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านบริการจิตเวช โลงพยาบาลศรีรัตนญา ตัวแทนจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต 12 หน่วยงาน และผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ผศ.ดร.รุ่งนภา ผันนิตรัตน์ ร่วมกันวิเคราะห์ทบทวน ปรับปรุง โดยน้ำความต้องการ ความคาดหวัง และองค์ความรู้ที่ได้จากการรับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาประกอบในชุดความรู้ฯ ซึ่งจะช่วยทำให้ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในชุดความรู้ฉบับนี้ประกอบด้วย ชุดความรู้ 5 ชุด คือ ชุดที่ 1 แนวทางการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ (Acute phase) ชุดที่ 2 แนวทางการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) ชุดที่ 3 แนวทางการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการคงที่ (Stable phase) ชุดที่ 4 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท ญาติ ชุมชน และสังคม ชุดที่ 5 องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเภท

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ชุดความรู้นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตและบุคลากรสาธารณสุข ทุกสาขา วิชาชีพ ที่จะศึกษา และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มทักษะและประสิทธิภาพในการวางแผน ดำเนินการผู้ป่วยจิตภาพอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการครอบครัวชุมชน สังคม และประเทศไทยต่อไป



นายเกียรติภูมิ วงศ์รัจิต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตน์

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
ภาพ	
ตาราง	
แผนภูมิ	
แนวทางปฏิบัติการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเวท	1
บทนำ	1
โรคจิตเวท (Schizophrenia)	3
การวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเวท	9
ชุดความรู้ที่ 1 แนวทางวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเวทระยะ ควบคุมอาการ	35
เป้าหมายการวางแผนจ้างหน่วยระยะควบคุมอาการ	35
กระบวนการวางแผนจ้างหน่วยระยะควบคุมอาการ	36
ชุดความรู้ที่ 2 แนวทางวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเวทระยะ ให้ยาต่อเนื่อง	53
เป้าหมายการวางแผนจ้างหน่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง	53
กระบวนการวางแผนจ้างหน่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง	54
ชุดความรู้ที่ 3 แนวทางวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิตเวทระยะ อาการคงที่	76
เป้าหมายการวางแผนจ้างหน่วยระยะอาการคงที่	76
กระบวนการวางแผนจ้างหน่วยระยะอาการคงที่	77

ชุดความรู้ที่ 4	แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและ ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท ญาติ ชุมชน และสังคม	90
	แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและ ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท	90
	แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการ และความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแล	96
	แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการ และความคาดหวังของชุมชน	101
	แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการ และความคาดหวังของสังคม	104
ชุดความรู้ที่ 5	องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการวางแผนจ้าน่าย ผู้ป่วยจิตเภท	106
	การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท	106
	การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท	145
	รักษาด้านจิตสังคม	148
	การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination)	181
บรรณานุกรม		187
ภาคผนวก		191

ກາພ

หน້າ

ກາພທີ 1 ອາກາວຂອງໂຣຄຈິຕເກຫແລະຝລກຮະທບກັບຜູ້ປ່ວຍ	4
ກາພທີ 2 ແນວດຝຶກກາງວາງແຜນຈຳນໍາຍຸ້ມປ່ວຍຈິຕເກຫ	10
ກາພທີ 3 ກາຮດູແລຕ່ອນື່ອງ (Continuum of Care) ຂອງທຶນສຫວີ່າຊື່ພ	30

ตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เป้าหมายการวางแผนจำหน่วยและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละระยะ	17
ตารางที่ 2 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะควบคุมอาการ	50
ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง	72
ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะอาการคงที่	88
ตารางที่ 5 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท	91
ตารางที่ 6 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแล	96
ตารางที่ 7 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของชุมชน	101
ตารางที่ 8 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของสังคม	104
ตารางที่ 9 ยาต้านโรคจิตที่พบบ่อย	109
ตารางที่ 10 การแบ่งกลุ่มยาจิตเวชกลุ่มเก่าตามความแรง	110
ตารางที่ 11 การบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจุนแรงหรือมีภาวะภายใจไม่สงบด้วยยา	112
ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่ใช้บ่อย	120
ตารางที่ 13 อาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตและการดำเนินการแก้ไข	121
ตารางที่ 14 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	138

ແພນກຸມ

	หน້າ
ແພນກຸມທີ 1 ແນວດສິດກະບວນກາຮຽນແຜນຈຳຫນ່າຍຜູ້ປ່ວຍຈິຕເກຫ	11
ແພນກຸມທີ 2 Flow chart ກາຮຽນແຜນຈຳຫນ່າຍຜູ້ປ່ວຍຈິຕເກທຣະຍະ ຄວບຄຸມອາກາຮ	20
ແພນກຸມທີ 3 Flow chart ກາຮຽນແຜນຈຳຫນ່າຍຜູ້ປ່ວຍຈິຕເກທຣະຍະ ໃໝ່ຍາຕ່ອນເນື່ອງ	23
ແພນກຸມທີ 4 Flow chart ກາຮຽນແຜນຈຳຫນ່າຍຜູ້ປ່ວຍຈິຕເກທຣະຍະ ອາກາຮຄ່າທີ່	26
ແພນກຸມທີ 5 Flow chart ກາຮຽນແຜນຈຳຫນ່າຍຜູ້ປ່ວຍຈິຕເກທໃນຊຸມໜັນ	29

แนวทางปฏิบัติการวางแผนจ้างน่วยผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต ปี 2546 พบรความชุกของโรคจิตเภท เท่ากับ ร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย (มนิตรีสุรవานนท์, 2547) ลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) จากการศึกษาในภาพรวมของโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง พบร่วมกัน ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.66 (ปราษฐ์ บุญวังศิริโจน์ และคณะ, 2547)

ในปีงบประมาณ 2550 กรมสุขภาพจิตได้เลือกร่างแผนจ้างน่วยผู้ป่วยจิตเภทเป็นองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการผลักดันตัวชี้วัดตามประเด็น ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และความเป็นเลิศเฉพาะทางด้าน บริการจิตเวช มิติด้านประสิทธิผล ร้อยละ 95.5 ของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพราะการวางแผนจ้างน่วยผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยกระบวนการเริ่มจากการรู้จักตัวผู้ป่วยและโรคของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและดูแลภายใต้บริบทในสังคมของผู้ป่วยเอง ซึ่งผลที่ตามมาคือ ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือญาติ/ผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้ ลดการกลับเป็นซ้ำ

กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจ้างหน่วยป้องกันภัยจิตเภท และนำมายielding ให้ในหน่วยงานสังกัดกรม สุขภาพจิต 13 หน่วยงาน ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับเข้ามาอีกซ้ำ ซ้ำภายใน 28 วัน ได้ลงร้อยละ 97.05

ในปีงบประมาณ 2551 กรมสุขภาพจิตได้ทบทวนองค์ความรู้ที่ จำเป็นเพื่อผลักดันให้เป้าหมาย ตัวชี้วัดตามคำรับรองเดิมเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 98 พ布ว่าองค์ความรู้เรื่องการวางแผนจ้างหน่วยป้องกันภัยจิตเภท ยังไม่ครอบคลุมความต้องการ ความคาดหวัง และองค์ความรู้ที่ได้จากผู้รับบริการ* ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** ซึ่งเป็นองค์ความรู้สำคัญที่จะช่วยผลักดันให้ชุดความรู้ และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจ้างหน่วยป้องกันภัยจิตเภท มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรมสุขภาพจิตจึงมอบให้โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นผู้บริหารโครงการร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต รวม 13 หน่วยงาน ทบทวนองค์ความรู้เดิมและเพิ่มเติมองค์ความรู้จากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจ้างหน่วยป้องกันภัยจิตเภท มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ครอบครัวลดลง

* ผู้รับบริการ* หมายถึง ผู้ป่วย
** ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** หมายถึง ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน สังคม

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

เป็นคำที่ใช้สำหรับเรียกชื่อความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิต ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

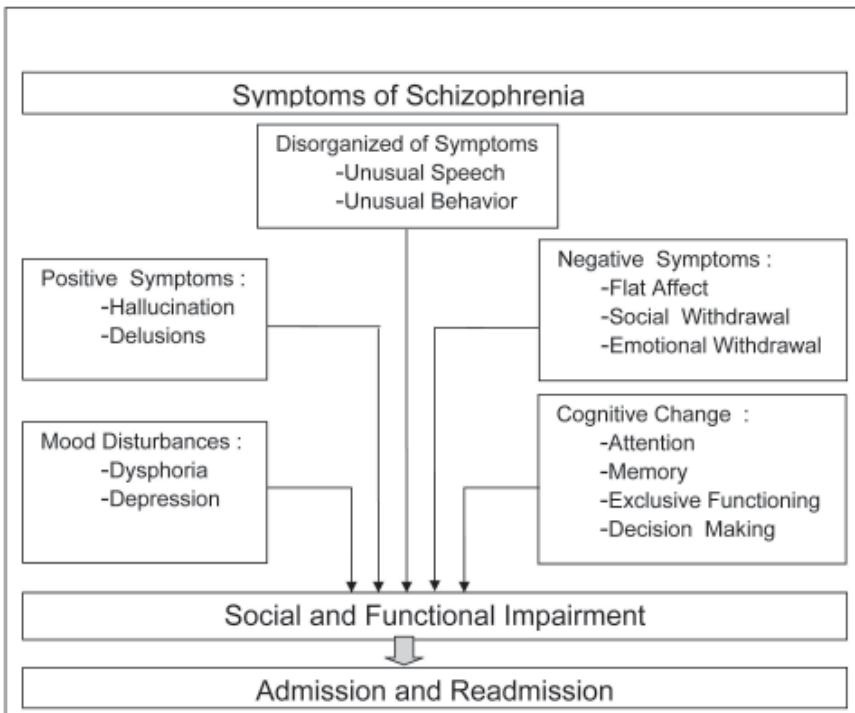
ลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค อาการของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกว้างๆ คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) และอาการด้านลบ (negative symptoms) ดังภาพที่ 1 อย่างไก็ตามในระยะหลังๆ ได้มีการแยกอาการแบบ disorganized เป็นกลุ่มอาการที่ 3

อาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination)

อาการด้านลบ ได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย (alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสนับตา (affective flattening) ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น เนื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่น การรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริง ความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมหรือการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำงานที่ต่างๆ ของผู้ป่วยในระดับต่างๆ กัน ซึ่งบางครั้งอาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในหลายๆ เรื่อง เช่น การเรียน การคุ้laeten เอง ความสัมพันธ์ในสังคม การทำงาน เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีอาการของโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย สิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย ความยุ่งยากซับซ้อน

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเกิดช่วงหลังจากที่อาการทุเลาลง ซึ่งในช่วงนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการหลงเหลือ (incomplete remission) และอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ประกอบกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้งยิ่งทำให้มีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ



ภาพที่ 1 อาการของโรคจิตเภทและผลกระทบกับผู้ป่วย

การดำเนินโรค

สามารถแบ่งออกได้เป็น อาการนำ (prodromal) และระยะมีอาการโรคจิต (psychotic) การเกิดอาการโรคจิตครั้งแรก (psychotic episode) อาจจะค่อยๆ เกิดหรือเกิดขึ้นทันที ในระยะที่มีอาการโรคจิต การดำเนินโรคจะ

ผ่านจากระยะควบคุมอาการ (acute phase) ไปสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (stable phase)

ระยะควบคุมอาการ (acute phase) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประจักษ์ดเจน รุนแรง เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้น เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ (disorganized) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หมายถึง ระยะที่อาการของโรคลดความรุนแรงลงอยู่ในช่วง 6 เดือนหรือมากกว่า หลังจากการรักษาในระยะควบคุมอาการ ผู้ป่วยอาการสงบ แต่ยังต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

ระยะอาการคงที่ (stable phase) หมายถึง ระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ อาการด้านลบหรืออาการด้านบวกที่หลงเหลืออยู่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น แต่อาจรู้สึกความรุนแรงน้อยกว่า ในระยะ stabilization ผู้ป่วยอาจมีอาการหล่ายอย่างในขณะเดียวกัน บางรายอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคจิต เช่น วิตกกังวล ตึงเครียด ซึมเศร้าหรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

โรคจิตเภตตามการจำแนกลักษณะอาการ (typical schizophrenic illness) อาการจะเริ่มจากระยะอาการรำ (prodromal period) ซึ่งมีความเสื่อมถอย (deterioration) ของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของคนๆ นั้น ความบกพร่องนี้อาจประกอบด้วย การแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมที่แปลกออกไป (peculiar and uncharacteristic behavior) มีปัญหาด้านการสื่อสาร อารมณ์ ความนิ่งคิดและประสบการณ์ที่ผิดธรรมชาติ (unusual idea และ unusual experience) สุขโนสัยในการดูแลตนเองไม่ดี ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกว่าโลกของตนของเปลี่ยนไป เป็นผลจากการ

เปลี่ยนความที่แตกต่างไปจากคนอื่น การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ สามารถส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน สัมพันธภาพกับญาติหรือเพื่อน หลังจากระยะอาการนำจะมีอาการทางจิตในระยะควบคุมอาการ เมื่อได้รับการรักษา อาการของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงหรือหายไป บางครั้งอาจมีอาการหลงเหลือ (residual) เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น และอาจจะมีอาการรุนแรงขึ้นมาอีกในช่วงต่อๆ มาได้ (acute exacerbation)

การวินิจฉัย

ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS ตามระบบ DSM - IV ได้แบ่งโรคจิตเภ托อกเป็นชนิดอยู่ 5 ลักษณะ ตามลักษณะของการเดินชนิดอยุของโรคจิตเภทประกอบด้วย paranoid type, disorganized type, catatonic type, undifferentiated type และ residual type

หลักการวินิจฉัยโรค (ตาม DSM - IV) มีดังต่อไปนี้คือ

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ขึ้นไป นาน 1 เดือน (หรืออาจน้อยกว่า 1 เดือน หากผู้ป่วยได้รับการรักษา)

1.1 อาการหลงผิด (delusion) มีความเชื่อว่าผู้อื่นมีความประสงค์ร้ายทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น หลงผิด ว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่ำรวย มีความรู้ มีเชื่อเสียง มีอำนาจ

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) มีความผิดปกติของ การรับรู้ในประสาทการรับรู้ทุกด้าน โดยไม่มีสิ่งเร้าที่สามารถปังซึ่งเด้งจากภายนอก ได้ยินเสียงหรือมีคืนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัว มองเห็นหรือได้กลิ่น อะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก

1.3 มีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) เช่น พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง คำพูดไม่เป็นติดต่อ

1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวายหรือพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior) จะมีอาการก้าวร้าว รุนแรง แสดงการช่มชูคุกคาม เรียกร้องมาก มีพฤติกรรมเชิงทำลายบ่อยๆ หรือ มีการกระทำที่ให้ด้วยรุนแรงข้าๆ สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ จะมีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นธรรมชาติ คือ มีลักษณะเก้งก้าง แข็ง ไม่ประสานกัน หรือดูเปลกประหลาด หรือทำท่าเปลกๆ ข้าๆ อยู่บ่อยๆ ทำท่าทางบิดเบี้ยวไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่นานหรือค้างอยู่เกือบตลอดเวลา

1.5 มีอาการด้านลบ ใบหน้าผู้ป่วยจะไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์เฉยเมย (flat affect) พูดน้อย (alogia) มีลักษณะเงื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) และไม่ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความห่างเหิน เย็นชา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

หมายเหตุ

1. หากอาการหลงผิดมีลักษณะเปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตัวเองถูกดึงออกไปจากสมองหรือมีหูแวงเป็นเสียงวิจารณ์ตัวเอง (voice commenting) เสียงคนคุยกัน (voice discussing) แม้จะมีเพียง อาการเดียว ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

2. อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอาชีพ การงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง (social /occupational function)

3. มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ 1 นานอย่างน้อย 1 เดือน และระยะเวลาที่เหลืออาจจะเป็น อาการก่อนเริ่มอาการ (prodromal) หรือ อาการหลงเหลือ (residual)

4. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

5. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

การรักษา

หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็นการรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) และการรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment)

1. การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment)

ยาต้านโรคจิตเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา การใช้ยาในระยะควบคุมอาการ (acute phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ป้องกันขันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น ถ้ามีของยาต้านโรคจิตที่ทำให้อาการสงบ จะช่วยทำให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้น อาจต้องใช้เวลานานเป็นสัปดาห์ การใช้ยาในระยะยาวนั้น วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพราะหลังจากที่อาการของโรคจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จนพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย ในช่วงระยะควบคุมอาการ (acute phase) อาจพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าในลักษณะ continuation/maintenance ร่วมกับการใช้ยา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment)

รักษาด้านจิตสังคมใช่ว่ามีผลกับการรักษาด้วยยา มีประโยชน์กับผู้ป่วยในแง่ของการป้องกันการกำเริบซ้ำ พัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่เชิงสังคม ภาระงานได้ตามปกติ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานได้โดยอิสระ เสริมทักษะด้านอารมณ์และช่วยให้มองเห็นความบกพร่องที่เกิดจากอาการของโรคจิตเภท ในส่วนของญาติ/ผู้ดูแล ที่เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้

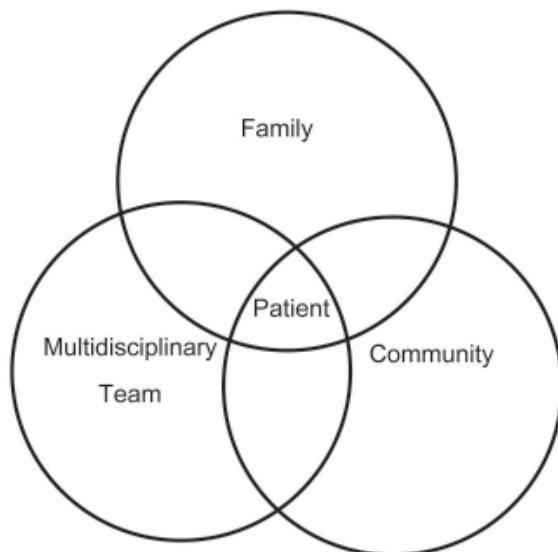
ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและปัญหาต่างๆในกราดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิ่งที่ญาติ/ผู้ดูแล ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทำให้ญาติ/ผู้ดูแล เข้าใจและดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เป็นการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว รวมถึงการกลับมาหากษาช้ำ

เป้าหมายและวิธีดำเนินการบำบัดด้วยจิตสังคมอาจขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล แต่ละคน สามารถทำได้หลายแนวทาง ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล แบบรายกลุ่มและครอบครัว การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมที่นำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) การปรับความคิด (cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) กลุ่มบำบัดต่างๆ (group therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy)

การวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยจิตเภท

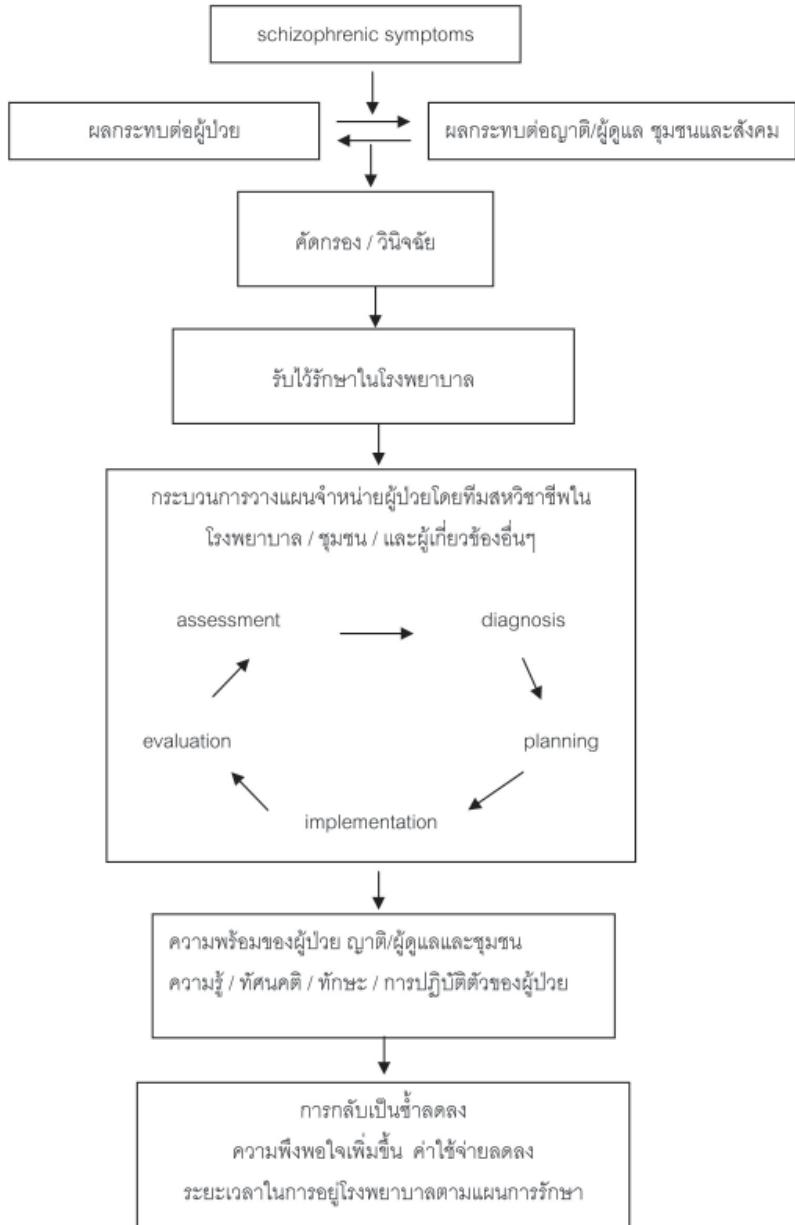
การวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ครอบคลุม องค์รวมตามบทบาทและมาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้เหมือนบุคคลปกติ ซึ่งเป็นหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลระหว่างโรงพยาบาล/เครือข่ายและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจ้างหน่ายออกจากโรงพยาบาลดังภาพที่ 2

Environment



ภาพที่ 2 แนวคิดการวางแผนจ้างานน่าယั่งยั่งยืนปฎิบัติงาน

แผนภูมิที่ 1 แนวคิดกระบวนการวางแผนจ忙หน่ายผู้ป่วยจิตเภท



กระบวนการวางแผนจ้านายผู้ป่วยจิตเภท

การวางแผนจ้านายผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลกระทั้งกลับสู่ชุมชน เป็นการทำางานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) รวมทั้งความร่วมมือจากญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน และเครือข่ายร่วมกันในการวางแผนจ้านายตั้งแต่การประเมิน ค้นหาความต้องการ การกำหนดความต้องการ การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การดำเนินการตามแผนและติดตามประเมินผลโดยผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพต้องกระทำร่วมกัน ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง
2. การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาด้วยบุคลันและปัญหาระยะยาวของผู้ป่วย
3. การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การวางแผนและกำหนดเป้าหมายของแผน
4. การดำเนินตามแผน
5. การประเมินผล

1. การประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่อง

เป็นการประเมินล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน การประเมินเริ่มดำเนินการตั้งแต่แพทย์รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนอย่างเร็วที่สุด เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนจ้านาย จะทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามกำหนดที่คาดการณ์ไว้

ส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนมีความพึงพอใจ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมและวางแผนจ้างหน่ายที่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาได้ การประเมินความต้องการ ควรประเมินให้ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะให้ความช่วยเหลือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจ้างหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ในชุมชน

จากผลสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน โดยโรงพยาบาล/สถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต 13 แห่ง สรุปความต้องการ ความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องดังกล่าว เพื่อนำมาประกอบในการประเมิน ได้ดังนี้

1) ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1.1 การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนเรื่องยา ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และข้อมูลแหล่งประโยชน์

1.2 ข้อมูลการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องการความรู้ เรื่อง โรคและการรักษาที่ตนได้รับ คำแนะนำ คำปรึกษา อาการของโรคจิตเภท ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การดูแลตนเอง ระยะเวลาในการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการ

1.3 ทักษะการจัดการกับอาการที่ผิดปกติของตนเอง การจัดการกับอารมณ์ต่างๆ การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเลิกใช้สารเสพติดต่างๆ

1.4 ด้านครอบครัว/ชุมชน ผู้ป่วยต้องการรายรับจากครอบครัวและชุมชน ให้โอกาส ไม่เป็นภาระของครอบครัวและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติ อยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย

1.5 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยคาดหวังและต้องการสิทธิในการรักษา มีศักยภาพการทำงานและมีอาชีพที่มั่นคงเดี้ยงตนเองได้

2) ความต้องการ/ความคาดหวังของญาติ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ

2.1 การเข้าถึงบริการ ญาติต้องการให้มีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชใกล้บ้าน ต้องการคำปรึกษา/การช่วยเหลือในช่วงที่ญาติมีความยุ่งยากเมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤต ต้องการข้อมูล แผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย

2.2 ข้อมูลการรักษา ต้องการความรู้เรื่องโรคและการรักษา แผนการรักษาผู้ป่วยและยาที่ได้รับ

2.3 การจัดการกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มผิดปกติ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทักษะที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด สอนให้ผู้ป่วยคุณารมณ์ตนเอง

2.4 การให้ยาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกต้อง สอนให้ผู้ป่วยฝึกจดยา รับประทานด้วยตนเอง ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับยา วิธีการให้ยา ข้อควรระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.5 แนวทางการช่วยผู้ป่วยให้เลิกใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ

2.6 การเตรียมทักษะการดูแลตนเองและงานอาชีพให้กับผู้ป่วย ทักษะที่จำเป็น ให้คำแนะนำแหล่งฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วย เพื่อแบ่งเบาภาระของญาติ

2.7 การจัดการความเครียดและความช่วยเหลือ ความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย

3) ความต้องการ/ความคาดหวังของชุมชน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน

3.1 การเข้าถึงบริการ ชุมชนต้องการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วย

จิตເගත່ວມກັນຮະໝວງໂຮງພຍາບາດເຄືອຂ່າຍແລະຊຸມໜັນ

3.2 ระบบการดูแล/ส่งต่อຊຸມໜັນ ຕ້ອງກາຣະບບກາຣດູແລທີເປັນ
ເຂພາະ ມີຮະບບກາຣສົງຕ່ອມທີ່ມີປະສິທິກາພ

3.3 ພົມນາຄວາມຮູ້ ຄວາມສາມາຮັດຂອງເຄືອຂ່າຍໃນກາຣດູແລ
ຜູ້ປ່າຍຈິຕເກທໃນຊຸມໜັນ

3.4 ຜູ້ຮັບຜິດຫອບດູແລ້ວຢ່າຍເໜື້ອໃນຊຸມໜັນ ທີ່ບຸຄຄລົດັກລ່າວ
ເປັນຄົນໃນຊຸມໜັນນັ້ນ ເປັນຜູ້ທີ່ອຸ່ກກັບປົມໜາ ແລະສາມາຮັດໃຫ້ກາຣ່າຢ່າຍເໜື້ອ¹
ຜູ້ປ່າຍເປົ້ອງຕົ້ນໄດ້

4) ຄວາມຕ້ອງກາຣ/ຄວາມຄາດຫວັງຂອງສັງຄມ ແປ່ງອອກເປັນ 2 ດ້ານ ດື່ອ

4.1 ດ້ານກາຣເຂົ້າລຶ່ງບວກເກີກ ສັງຄມຕ້ອງກາຣຂໍ້ອມູລູ່ຂ່າວສາວບວກເກີກ
ແລລ່ງປະໂຍ້ນ໌ ກາຣໃຫ້ກາຣປັກີກາ ໄດ້ຮັບເທັນໂລຍືທີ່ຜລິຕື່ນຈາກກຽມ
ສຸຂພາພົມ ສຖານບວກເກີກສາອາຮັນສູ່ໃນສັງກັດກຽມສຸຂພາພົມ ແລະມີກາຣ
ສັນບສັນນຸ່ນໃຫ້ນຳໄປໃຫ້ອ່າຍ່າງຈົງຈັງ

4.2 ດ້ານກິຈກຽມທາງສັງຄມ ສັງຄມມີຄວາມຕ້ອງກາຣແລະ
ຄາດຫວັງໃໝ່ມີກາຣສົງເສລີມແລະສັນບສັນນຸ່ນໃຫ້ຈັດກິຈກຽມຂຶ້ນໃນຊຸມໜັນທີ່ສາມາຮັດ
ຕອບສັນອອທັກວ້າຄວາມຮູ້ແລະສ່ວັງຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຄູກຕ້ອງແກ່ປະໜາຊານ ໂດຍຜ່ານ
ສື່ອຕ່າງໆ ອອກກາຣຕ່າງໆ ໃນຊຸມໜັນ ເພື່ອໃຫ້ເກີດສັງຄມແໜ່ງກາຣເວີຍນູ້ແລະຄວາມ
ເຂົ້າໃຈນາກກ່າວ່າສັງຄມຂອງຄວາມຮັງເກີຍແລະຫວາດກລັວຕ່ອງຜູ້ປ່າຍຈິຕເກທ ນຳໄປ
ສູ່ຄວາມສໍາເລົ້າຂອງກາຣດູແລຜູ້ປ່າຍຈິຕເກທຍ່າງຕ່ອນເນື່ອງໃນຮະບະຍາວ

2. ກາຣວີເຄຣະທີ່ແລະວິນິຈຈະຍັງປົມໜາເຈີຍບົລັນແລະປົມໜາ
ຮະບະຍາວຂອງຜູ້ປ່າຍ ທີ່ຕ້ອງກຳຫນດອຍ່າງເໜາະສມກປະຍະອາກາຮັບຂອງຜູ້ປ່າຍ
ຮ່ວມທັກຄູາຕີ/ຜູ້ດູແລແລະຊຸມໜັນນັ້ນ ໂດຍເນັ້ນກາຣມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຜູ້ປ່າຍຄູາຕີ
/ຜູ້ດູແລແລະຊຸມໜັນ ຮ່ວມກັນວາງແນກກາຣດູແລແລະຝຶກທັກະຕ່າງໆ ທີ່ຈຳເປັນໃນ
ກາຣດູແລຍ່າງຕ່ອນເນື່ອງໃນຊຸມໜັນ

3. การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ การวางแผนและกำหนดเป้าหมายของแผน ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือ บริการสิ่งแวดล้อม ทัศนคติ การพัฒนาทักษะในการดูแลตนของผู้ป่วย รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ ภาษาในครอบครัว และทำหน้าที่ของญาติ/ผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชน

4. การดำเนินตามแผน เป็นขั้นตอนการนำแผนที่วางแผนไว้สู่การปฏิบัติ เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน กิจกรรมเน้นการกระตุนฝึกทักษะ สนับสนุน ให้กำลังใจ แก้ไขปัญหาในการดูแลตนเอง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีทั้งการสอนสาขาวิชา ให้คำปรึกษา และฝึกปฏิบัติ รวมถึงการประสานส่งต่อไปยังเครือข่ายในชุมชน

5. การประเมินผล เป็นขั้นตอนประเมินผลตามเป้าหมายหลัก และเป้าหมายเฉพาะที่กำหนดไว้ในแต่ละระยะ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 เป้าหมายการวางแผนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท
ในแต่ละระยะ**

เป้าหมายการวางแผนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท			
	ระยะควบคุมอาการ (acute phase)	ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase)	ระยะอาการคงที่ (stable phase)
เป้าหมายหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยปลดภัย อาการทางจิตลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมอาการทางจิตได้ - ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ไม่กลับมาป่วยซ้ำ
เป้าหมายเฉพาะ	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้อื่น - ควบคุมพฤติกรรมที่แปรปรวนได้ - ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง - ค้นพบสาเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติ - ปัจจัยเสี่ยงในการมีผัวตาดายลดลง - จัดการกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดได้ - ผู้ป่วยกลับมาทำงานที่ปกติได้โดยเร็ว - เกิดสัมพันธภาพเพื่อกำบัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันได้ - ความตึงเครียลดลง - มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลตนเอง - ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ - เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นซ้ำลดลง - สามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น - ไม่กลับเป็นซ้ำ - สามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์จากภาระใช้ยา - ความสามารถในการปฏิบัติงานดีขึ้น

การวางแผนจำหน่วยผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการ (acute phase) เพื่อให้สามารถควบคุมอาการทางจิตและปลอดภัยจากภาวะวิกฤต โดยเริ่มจากการรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารักษาในโรงพยาบาล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เริ่มจากการรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารักษาในโรงพยาบาล ตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินปัญหา ความต้องการ

2.1 ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และประเมินความเสี่ยงต่างๆ

2.2 ประเมินปัญหา ความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ตามแบบประเมินระยะควบคุมอาการ ที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความเครียดของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 3 ทีมสหวิชาชีพนำปัญหาและความต้องการในข้อ 2 ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่วยร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ทีมสหวิชาชีพนำแผนการดูแลที่ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่วยในข้อ 3 มาปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการในระยะควบคุมอาการ

4.1 การรักษาตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยกิจกรรมดังนี้

- การรักษาด้วยยาทางจิตเวช
- การรักษาด้วยไฟฟ้า
- การรักษาด้านจิตสังคม

4.2 การรักษาตามปัญหาและความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลและ

ชุมชนแต่ละราย กิจกรรมหลักคือการจัดการความเครียดของผู้ติดเชื้อ/ผู้ดูแล และชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินผลการดูแลระยะควบคุมอาการ กับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ/ผู้ดูแล และชุมชน

5.1 ผู้ป่วยอาการทางจิตลดลง ส่งต่อการดูแลระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization) ในข้อ 6.1

5.2 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ดูแลและชุมชน คลายความเครียด ส่งต่อการดูแลระยะให้ยาต่อเนื่อง ในข้อ 6.2

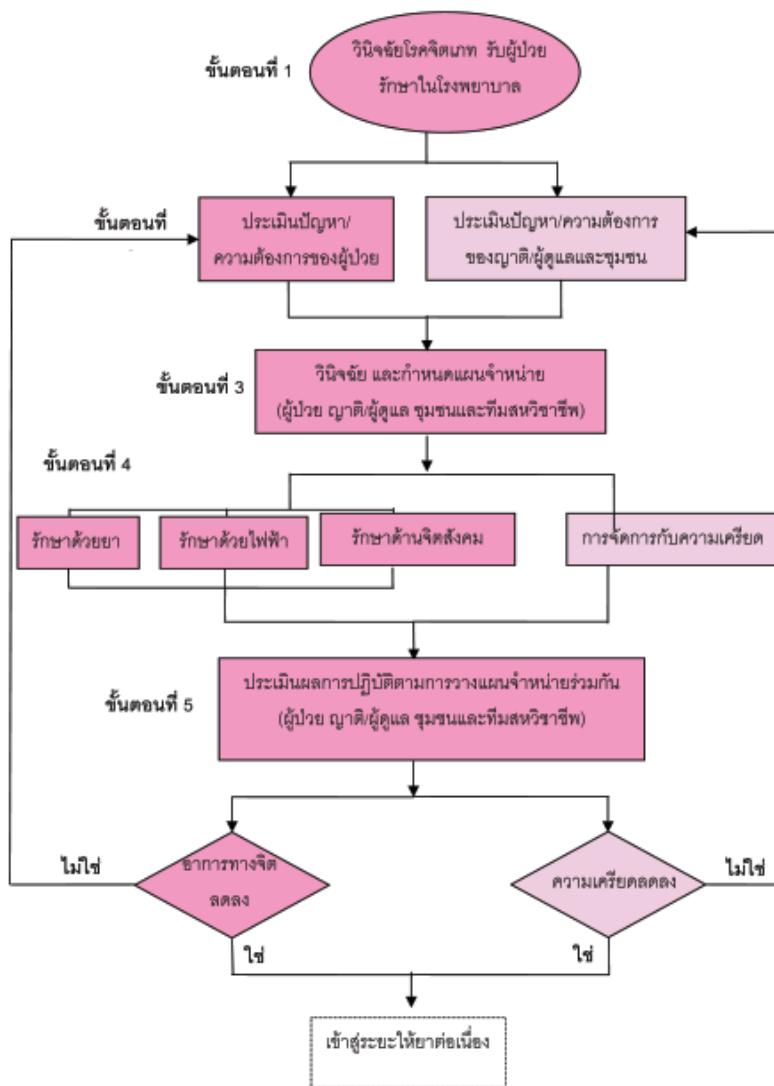
5.3 ผู้ป่วยอาการทางจิตไม่ดีขึ้น ส่งกลับไปประเมินตามข้อ 2.1 ใหม่

5.4 ความเครียดของผู้ติดเชื้อ/ผู้ดูแลและชุมชนไม่ลดลง ส่งกลับไปประเมินตามข้อ 2.2 ใหม่

ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ผู้ป่วย

ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน



แผนภูมิที่ 2 Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยฉุกเฉิน (acute phase)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทในระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) เพื่อให้สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้ดีขึ้น ร่วมมือในการรักษา ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ โดยมีแผนการดูแลตามขั้นตอนต่อไปนี้

6. ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ระยะให้ยาต่อเนื่อง

6.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะให้ยาต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลือ และความบกพร่องของทักษะทางจิตสังคม

6.2 ประเมินปัญหาและความต้องการของญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน ในระยะให้ยาต่อเนื่องที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความรู้เรื่องโรค การรักษา การสื่อสาร และความสัมพันธ์ ภายในครอบครัว

7. ทีมสหวิชาชีพนำปัญหา ความต้องการในข้อ 6 ร่วมวินิจฉัย วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน

8. ทีมสหวิชาชีพนำแผนการดูแลที่ร่วมวินิจฉัยวางแผนจำหน่ายใน ข้อ 7 มาปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการในระยะให้ยาต่อเนื่อง

8.1 บำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- รักษาด้วยยาทางจิตเวช
- จัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลือ
- ฝึกทักษะทางจิตสังคมที่บกพร่อง

8.2 บำบัดรักษาตามปัญหาและความต้องการของญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน แต่ละรายด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา
- การดูแลสุขภาพ
- การอนุรักษ์วัฒนธรรมในสังคม

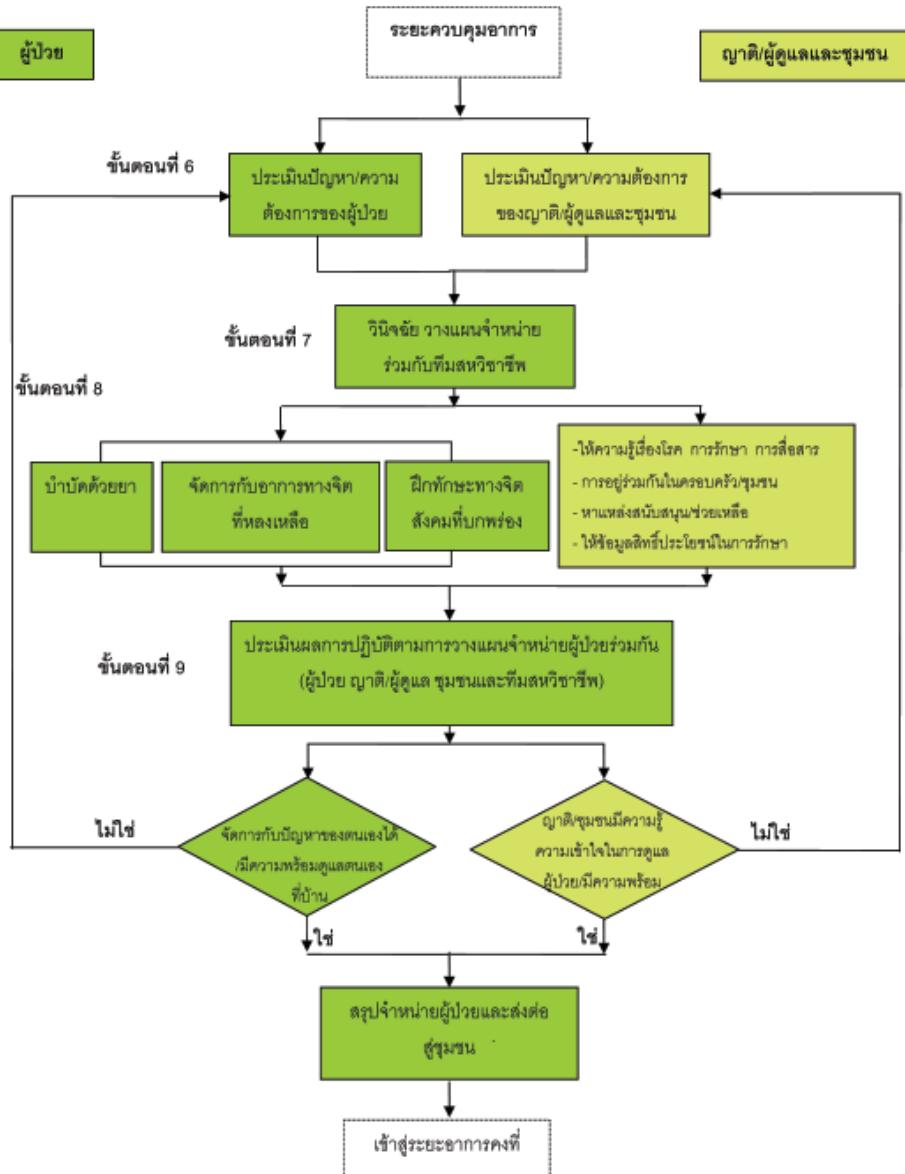
9. ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินผลการปฏิบัติตามแผนระยะให้ยาต่อเนื่อง ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

9.1 ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ สงต่อเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (stable phase) ในข้อ 10.1

9.2 ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สงต่อเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (stable phase) ในข้อ 10.2

9.3 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ต้องกลับไปประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในข้อ 6.1 ใหม่

9.4 ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ต้องกลับไปประเมินปัญหาความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ในข้อ 6.2 ใหม่ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 Flow chart การวางแผนจ้างงานร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization)

ในกรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับบ้านได้ในระยะให้ยาต่อเนื่อง ต้องอยู่ในโรงพยาบาลต่อจนเข้าสู่ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

10. ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนระยะอาการคงที่

10.1 ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยในระยะอาการคงที่ ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งอาการทางจิต ความสามารถในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

10.2 ประเมินปัญหา ความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ในระยะอาการคงที่ ให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ใน การรักษา

11. ทีมสหวิชาชีพนำปัญหา และความต้องการในข้อ 10 ร่วมวินิจฉัย วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

12. ทีมสหวิชาชีพนำแผนการดูแลที่ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่าย ในข้อ 11 มาปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการในระยะอาการคงที่

12.1 การบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- รักษาด้วยยา
- การจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลือ
- การฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน
- การฝึกอาชีพ

12.2 การบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน แต่ละราย ด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- หาแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือทางสังคม
- ให้ความรู้/ปรับทัศนคติ/ทักษะการดูแลผู้ป่วย
- สิทธิประโยชน์ในการรักษา

13. ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินผลการวางแผนจำหน่าย ระยะอาการคงที่ ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

13.1 ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมในการจำหน่าย

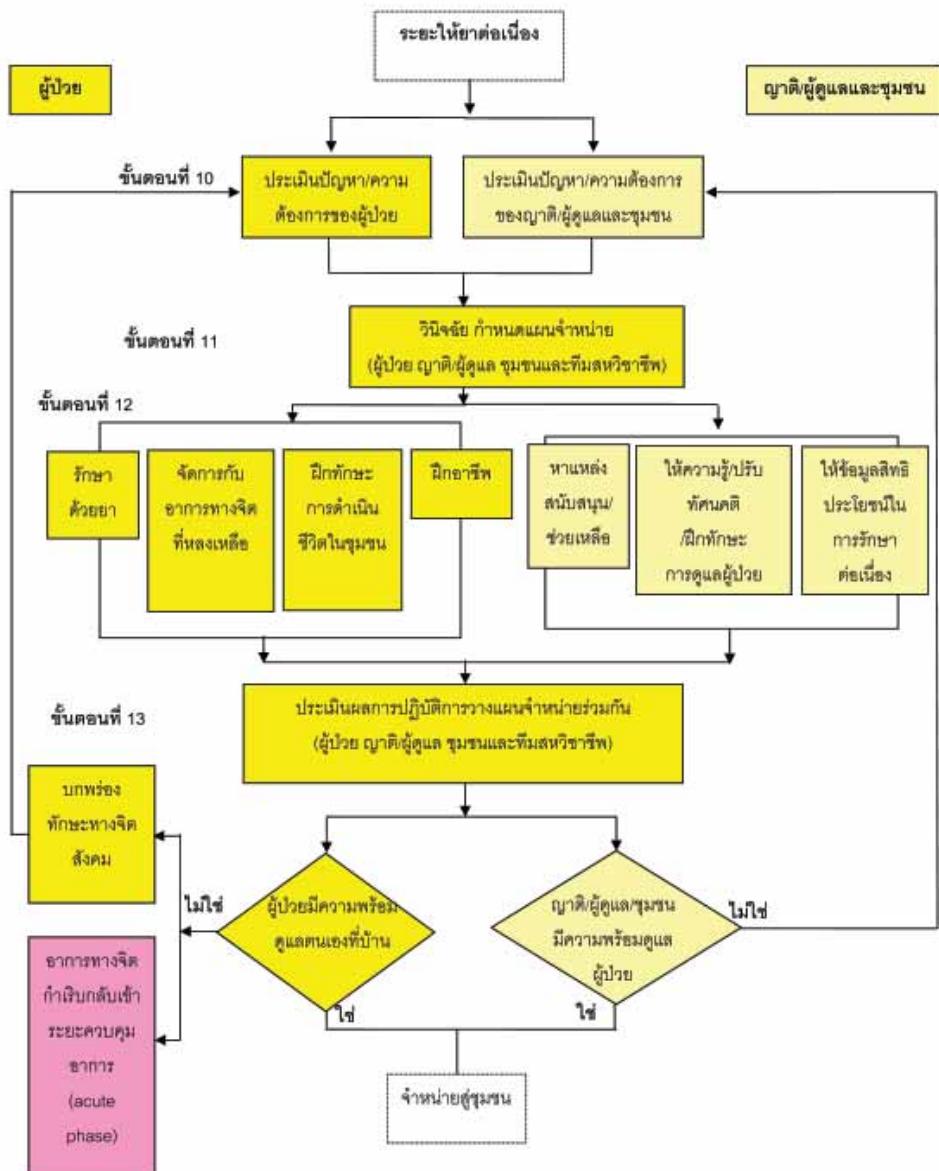
ระเบียบคุณภาพ
กระบวนการ
- กรณีมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นกลับมาดูแลรักษาใน

ประเมินปัญหา /ความต้องการของผู้ป่วย ตามข้อ 10

13.2 ผู้ป่วยพร้อมจำหน่ายกลับสู่ชุมชนส่งผู้ป่วยจำหน่ายสู่ชุมชน

13.3 ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ยังไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย
ย้ายกลับมาประเมินปัญหา/ความต้องการของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ตาม
ข้อ 10.2

13.4 ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สงผู้ป่วย
จำหน่ายสู่ชุมชน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 Flow chart การวางแผนจ้างหนี้ผู้ป่วยจิตเภทระยะของการคงที่
(stable phase)

ภายหลังจำนวนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยังคงต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบระยะเวลา 1 ปี การวางแผนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลังจากจำนวนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

14. เมื่อผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยสูงชุมชน พยาบาลรับไป refer ลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยพื้นที่ความรับผิดชอบ

15. ทีมจิตเวชชุมชน ซึ่งประกอบด้วย สาขาวิชาชีพ ส่งข้อมูลการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน ไปยังเครือข่าย

16. ทีมจิตเวชชุมชน/เครือข่ายร่วมประเมินปัญหา ความต้องการ และวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชนและเครือข่าย

17. ทีมจิตเวชชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย หรือประสานเครือข่ายให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ตามระยะอาการดังนี้

17.1 กรณีผู้ป่วย

17.1.1 ผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือนรวม 3 ครั้ง มีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมดังนี้

- ติดตามการฝึกทักษะการดูแลตนเอง
- ให้ความรู้ทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคจิตเวช
- ติดตามความก้าวหน้าของการทางจิตของผู้ป่วย

17.1.2 ผู้ป่วยระยะอาการคงที่ เยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน ในเวลา 1 ปี มีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมดังนี้

- ติดตามการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน
- ติดตามความก้าวหน้าของการทางจิตของผู้ป่วย

17.2 กรณีญาติ/ผู้ดูแล มีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมดังนี้

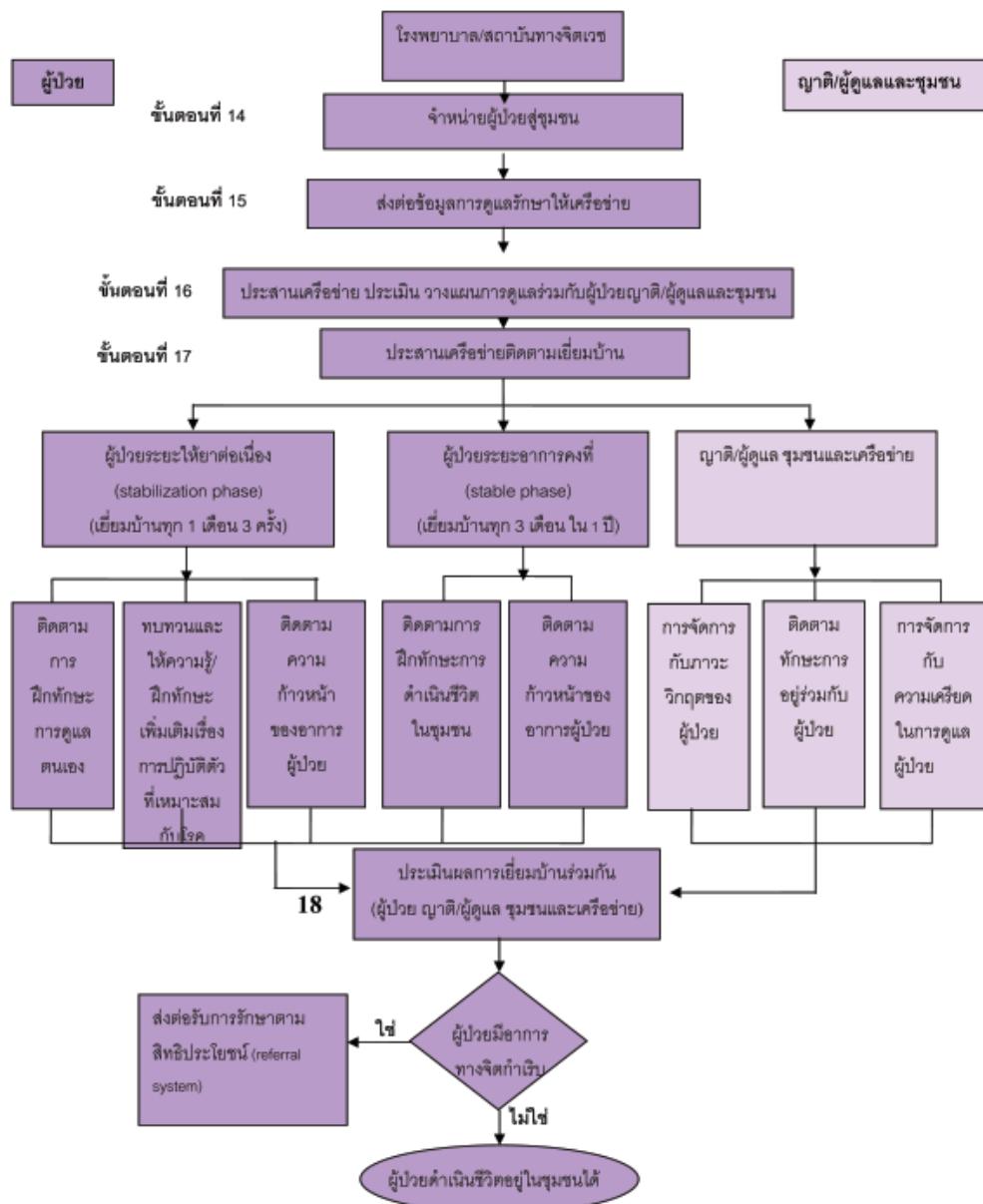
- การจัดการกับภาวะวิกฤติของผู้ป่วย
- ติดตามทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย
- การจัดการกับความเครียดในการดูแล

18. ทีมจิตเวชชุมชน/เครือข่ายประเมินผลการติดตามเยี่ยมร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

18.1 กรณีมีภาวะวิกฤต ส่งต่อการรักษาตามสิทธิในการรักษา (referral system)

18.2 กรณีไม่มีภาวะวิกฤต

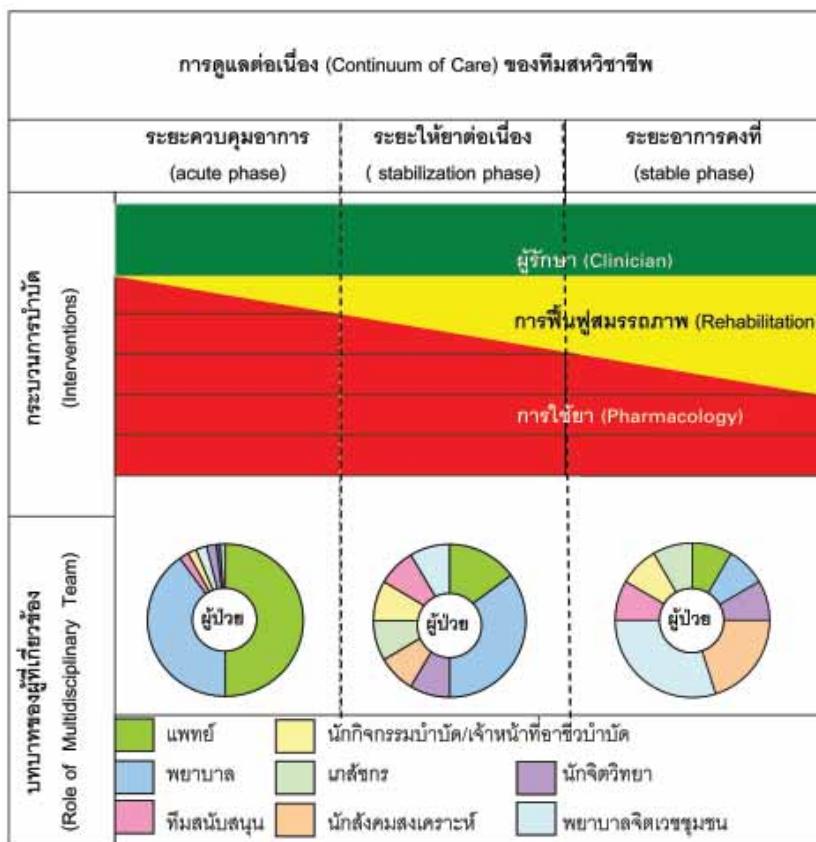
- ทีมจิตเวชชุมชนและ/หรือเครือข่าย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนได้ โดยไม่ต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำๆ ภายในโรงพยาบาลจิตเวชต่อไป



แผนภูมิที่ 5 Flow chart การวางแผนจัดทำผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจ้างานบ่ายปั้วจิตเภท

กระบวนการบำบัดรักษาต้องอาศัยความเขี่ยวชาญของทีมสหวิชาชีพร่วมกันทำงาน ประกอบด้วย พแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด เภสัชกร พยาบาล จิตเวชชุมชน และทีมสนับสนุนอื่นๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล การเข้ามามีบทบาทร่วมในแต่ละระยะของการดูแล แต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอาการ ความจำเป็นของปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care) ของทีมสหวิชาชีพ

ช่วงระยะเวลา ที่มีสิ่งรบกวน	แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)		
	ระยะ Acute	ระยะ Stabilization	ระยะ Stable
แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล บำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวร่วมใจดูดูด ให้การรักษาโดย means การรักษาตัวใน Biomedical care - ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคและ แนวทางการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษา ประนีนิกาภัย/ ติดเชื้อและ ควบคุมอาการ ทางเดิน - ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ต่อเนื่องไปป่วย ญาติ/ผู้ดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน/ให้การรักษา และ ควบคุมอาการทางเดิน - ให้ความรู้เบื้องต้น เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ป่วย จากการทัศนะทางสังคมฯ - ให้การพยาบาลเดือน
พยาบาล พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล บำบัดทางการ พยาบาลและ ผู้ประสนานงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินปัญหา ความต้องการ ของผู้ป่วยจากครัวเรือน 5 วันต่อ และประเมินความเสี่ยงต่างๆ - ให้การพยาบาลเดือน - ประเมินการพยาบาลโดยประเมิน ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลงใน โดยรู้สึกและปลดปล่อย - ประเมินกิจกรรมทางครอบครัวที่ ให้ความรู้และสนับสนุน - จัดทำแบบฟอร์มประเมิน ผู้ป่วย - จัดความต้องการ ลักษณะ ตัวคือรู้ด ให้กับผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินติดตามปัญหา และ คงเหลือของผู้ป่วยและ ญาติ/ผู้ดูแล - ประเมินการรักษาและผล ลักษณะทางครอบครัว - ประเมินความรู้ของครอบครัวที่ ควรบูรณาการและสนับสนุน - จัดทำแบบฟอร์มประเมิน ผู้ป่วย - จัดความต้องการ ลักษณะ ตัวคือรู้ด ให้กับผู้ป่วยและญาติ/ ผู้ดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินปัญหาและ ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง - ให้ความรู้เบื้องต้น เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ป่วย จากการทัศนะทางสังคมฯ - ให้การพยาบาลตาม กระบวนการรักษาที่กำหนดโดย ผู้ดูแล ให้ความรู้ทักษะการรักษา ที่ดีและจำวัน เพื่อเตรียม ความพร้อมในการรักษาต่อ - ให้การพยาบาลเดือน

แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)		ระยะ Acute	ระยะ Stabilization	ระยะ Stable
ระยะของโรค	ชื่อสห妃祉ภาพ			
พยาบาลฉุกเฉิน รุนแรง อย่างรุนแรง ผู้ต้องการบำบัด ทางการแพทย์ฯ ล้วนๆ	- ร่วมศึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย	- ประยุกต์ใช้ยาและวิธีรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - ประยุกต์ใช้ยาและวิธีรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	- ประยุกต์ใช้ยาและวิธีรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - ประยุกต์ใช้ยาและวิธีรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	- การติดตามครัวเรือนอย่างรุนแรง แหล่งสนับสนุนทางสังคม - ประยุกต์ใช้ยาและวิธีรักษาพื้นฐานของผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - หลักงานน่วยประมูลผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - หลักงานน่วยประมูลผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง - หลักงานน่วยประมูลผู้ป่วย โดยติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
นักสังคมสั�คมารดา ญาติ ผู้ดูแล พี่น้อง สามีภรรยา พ่อแม่พี่น้อง รักษาทางาน ล้วนๆ	- ประเมินปัญหาทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ บูรณาการสืบท่องในงานรักษาทางาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ป่วย	- ติดตามร่วมประเมินปัญหาทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ บูรณาการสืบท่องในงานรักษาทางาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ป่วย	- จัดมีปฏิบัติงานทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ บูรณาการสืบท่องในงานรักษาทางาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ป่วย	- จัดมีปฏิบัติงานทางสังคม/ สาเหตุการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ บูรณาการสืบท่องในงานรักษาทางาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ป่วย

แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)			
รูปแบบของโรค/ ชั้นสมหัสราชีพ	ระยะ Acute	ระยะ Stabilization	ระยะ Stable
โภสัชรา ประพาท ผู้ให้การ บริการและเป็นที่ ปรึกษาตัวเอง	- เผื่องระดับ ติดตัวตาม ประเมินผด ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยง รุนแรงและจำต้องรับประทาน สหชาติพ	- ติดตัวตามอาการขึ้นๆ ตามจังหวะ การให้ยาและจัดการผล ที่อาจคุกคามโดยความต้องดูแล จากการตื้อยา - นักควรรักษาในที่ปลอดภัยและน้ำดื่ม [*] เดล ใช่องก์บูรณะที่บ้านตัว	- ประเมินการ ให้ยาอย่างต่อเนื่อง อย่างต่อเนื่องโดยทันท่วงทัน ให้การปรึกษาและให้ที่ดูแล ด้านยาในที่บ้าน
นักจิตวิทยา ประพาท ผู้ให้การ บำบัดทางจิต	- ประเมินทางจิตวิทยา หาสาเหตุ การป่วยหรือรากอุบักร วินิจฉัยของแพทย์	- ประเมินสภาพจิตใจ อาจมี ปัจจุบันจิตราญาณคติ/ 妄想 หลง หลงลับคติ จิตป้าด ก่อนมาพัฒนาท่อน เข็มตีน	- ให้คำแนะนำให้ยาที่ปรึกษา จัดการเมื่อมีปัญหา
นักจิตวิทยา/ นักจิตวิทยา ประพาท ผู้ให้การ บำบัดทางจิต	- ประเมินทางจิตวิทยา หาสาเหตุ การป่วยหรือรากอุบักร วินิจฉัยของแพทย์	- สงสัยในคราวนี้จะรักษาตัว เข้าไปสังคม - ประเมินความพ้ออุ้มสภาพ จิตใจ อาจมีรายละเอียดความ สัมภารณ์ในภาวะทางจิต เช่น ความรู้สึกซึ้งทางจิตใจ ความรู้สึกซึ้งทางจิตใจ	- ประเมินคราวนี้จะรักษาตัว พนักงานรักษาพยาบาลดำเนิน ศึกษาจำจานในสังคม แล้วในภาวะทางจิต ต่อไปคงให้ยาและดูแล ครอบครัวเดิมรักษา

แผนการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)			
ระดับความโกรธ พิเศษที่ร้ายแรง	ระดับ Acute	ระดับ Stabilization	ระดับ Stable
หั่มตัดเฉพาะ แบบง่าย ผู้ช่วย บำบัดทางทั่วไปรวม	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินป์บุหรี่ยาพช่องปาก - ประเมินป์บุหรี่ยาพช่องจมูก - ต่อลงให้การรักษาอย่างเร่งด่วน - ทางทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่ประสบคุณติดเชื้อที่ถูกยักขูดห้องปากและฟัน มีการติดเชื้อที่ฟันสากหักหัก - บาดเจ็บในช่องปาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินป์บุหรี่ยาพช่องปาก - ผู้ป่วย มีภาวะเส้นประสาทร้าวฉานและหายใจลำบาก - รักษาระยะทันตกรรมและให้ยาแก้ปวดตามความรู้สึก - กวมทั่ว��ที่คาวรู้สึกเผ็ดร้อนในกระเพาะอาหาร - อาการดูแลสุขภาพของปากช่องดูด 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เสียหายให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านภัยไวรัส - รักษาระยะทางทันตกรรมและให้ยาแก้ปวดตามความรู้สึก - รักษาอย่างต่อเนื่อง
รีบด่วนที่สุด	<ul style="list-style-type: none"> - ตามครัวรักษาโดยแพทย์ - គาดูดออกอากาศของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ตามครัวรักษาโดยแพทย์ - គาดูดออกอากาศของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ตามครัวรักษาโดยแพทย์และน้ำยา - รักษาอย่างต่อเนื่อง

ชุดความรู้ที่ 1

แนวทางการวางแผนจัดหน่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน
ระยะควบคุมอาการ (Acute phase)

ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประภูมิชัดเจน รุนแรง เป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหรือรับไว้ในโรงพยาบาล เช่น มีอาการหลงผิดประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ พฤติกรรมผิดปกติ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น

เป้าหมายการวางแผนจัดทำนโยบายยั่งยืนด้วยจิตสาธารณะควบคุมอาคาร

เป้าหมายสำหรับญาติ/ผู้ดูแล คือ ลดความตึงเครียดของญาติ/ผู้ดูแล ช่วยให้ ญาติ/ผู้ดูแล มีความเข้าใจในแผนการรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายสำคัญคือ เน้นการให้การบริการเพื่อยืดหยุ่น จิตใจและการจัดการความเครียดของชุมชน และสนับสนุนชุมชนในการประสานส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล

กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชระยะควบคุมอาการ

การประเมินปัญหา ความต้องการเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยในระยะควบคุมอาการ

การประเมินมีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย รวมทั้งญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน จึงต้องประเมินให้ครบถ้วนค์ประกอบ ครอบคลุมทุกมิติ ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยจิตเวชระยะควบคุมอาการ

1.1 การประเมินด้านร่างกาย การประเมินด้านร่างกาย มีความจำเป็นเนื่องจากอาการทางกายมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต และที่สำคัญอาการทางจิตบางครั้งมีสาเหตุจากอาการทางกาย จึงจำเป็นต้องประเมินเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง จะได้ทำการรักษาได้อย่างถูกต้องทันท่วงที

- ลักษณะทั่วไป ระดับความรู้สึกตัวขณะประเมิน ลักษณะการแต่งกาย สภาพของผิวนหนัง การทรงตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อน เป็นต้น

- ประวัติเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัว ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเคยผ่าตัด

- ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมี
- น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)
- ประวัติการใช้สารเสพติด
- ประวัติการใช้ยาหรือการรับประทานยา ก่อนมารับการรักษา
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, รังสีวินิจฉัย, ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง, ตรวจหาระดับเกลือแร่ในเลือด, ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด, ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด, ตรวจหา

ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเชิพิลิติส ตามความจำเป็น

- ประเมินสัญญาณชีพ รวมทั้งสัญญาณทางระบบประสาท และผลการตรวจทางระบบประสาท (neurological signs) โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เหล่านี้ เช่น แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยรับใหม่ แบบประเมิน ADL (Activity of Daily Living) แบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย แบบประเมินทางระบบประสาท แบบประเมินสัญญาณชีพ เป็นต้น

1.2 การประเมินด้านจิตใจและอารมณ์

ด้านจิตใจและอารมณ์สามารถประเมินได้จากพฤติกรรม การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง ลักษณะ ของอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น หงุดหงิด กำพร้า ซึมเศร้า เป็นต้น

ความผิดปกติของความคิด เช่น กระแสគความคิด เนื้อหา ความคิด เป็นต้น

อาการหลงผิด เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นจริง ไม่สามารถใช้เหตุผล ได้ฯ แก้ไขความเชื่อหลงผิดนี้ได้ เช่น หัวด่วนแรงกล้าถูกทำร้าย หลงผิดคิด ว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ คิดว่าตนเองติดต่อทางจิตกับผู้อื่นได้

อาการประสาทหลอน อาจมีประสาทหลอนทางหู ตา จมูก ลิ้น หรือการสัมผัส เช่น ได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์ตนเอง หรือมีอาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ยิ่ม หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว ทำท่าทางแปลกๆ เป็นต้น

ความผิดปกติของความจำ ทั้งความจำในอดีตและปัจจุบัน

ความผิดปกติของการพูด เช่น พูดไม่ต่อเนื่อง พูดกว้าง พูดภาษาแปลกๆ ซึ่งเข้าใจเฉพาะตัวผู้ป่วยเอง เป็นต้น

ประเมินการรับรู้ต่อสิ่งเร้า สมาริและความสนใจ เชوان์ บัญญา การตัดสินใจ การหยิ่งรู้ต้นเองและการนอนหลับ

โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เหล่านี้ เช่น แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), PANSS (Positive And Negative Symptom Scale),

CGI (Clinical Global Impression), แบบประเมินภาวะซึมเศร้า, แบบประเมินสภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แต่ละหน่วยงานสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

เกณฑ์ความรู้:

“ทักษะการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยระยะควบคุมอาการ จำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เช่น การใช้น้ำเสียง สีหน้า ท่าทางที่เป็นมิตร เป็นต้น”

1.3 การประเมินด้านสังคม

ประกอบด้วย การประเมินสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและไว้วางใจมากที่สุด ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการทำงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากลั่งแผลล้มหรือการดำเนินชีวิต ทัศนคติ ความต้องการ ความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ที่มีต่อผู้ป่วย การร่วมกิจกรรมในครอบครัวและในชุมชน รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เครื่องมือในการประเมินด้านสังคม เช่น แบบสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยรับใหม่

เกณฑ์ความรู้:

“การซักถามผู้ป่วย ควรซักถามถึงกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน เช่น ตื่นนอนมาทำอะไรบ้าง สนใจกับอะไรบ้าง ไปเที่ยวหรือไปร่วมงานในชุมชนบ่อยแค่ไหน ไปกับใครบ้าง คิดอย่างไร รู้สึกอย่างไรเวลาไปร่วมงาน เวลาใดเรื่องทุกข์ใจ พูดคุยกับใคร ให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องงานที่ทำ ปัญหาในการทำงาน การแก้ไขปัญหา ความรู้สึกที่มีต่อกันในครอบครัว และคนในชุมชน จะทำให้ทราบถึงสัมพันธภาพที่มีในครอบครัว ที่ทำงาน และในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะยังไม่ได้ข้อมูลในวันแรก”

1.4 การประเมินด้านจิตวิญญาณ

การประเมินที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับคุณค่า ค่านิยม และความเชื่อของผู้ป่วยต่อตนเองและการเจ็บป่วย จะช่วยให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ความรู้:

“การประเมินด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อาจทำให้เกิดความกังวล ความเครียด ซึ่งต้องได้รับการจัดการหรือได้รับความช่วยเหลือ เช่น การให้ยาในผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม ระยะถือศีลอด ต้องปรับมื้อยาให้สอดคล้องกับบริบท 乍รีดประเมินของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นต้องปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรับเรื่องการรับประทานยาให้ผู้ป่วย”

“การที่ญาติหรือครอบครัวต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อนำไปประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น พิธีเก็บ奔 ไปหาพระให้สະเดาะ เศร้าห์ รดน้ำมนต์ การให้ผู้ป่วยอมพะชาตุ เพราะเชื่อว่าเมื่อทำแล้ว ผู้ป่วยจะอาการ�ุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วยได้ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย อาจผ่อนปรนได้”

1.5 การประเมินด้านความเสี่ยง

การประเมินความเสี่ยงในระยะนี้มีความจำเป็นมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ความเสี่ยงที่ควรประเมินในระยะนี้ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ความเสี่ยงต่อการถูกผู้อื่นทำร้าย รวมทั้งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะวิกฤตทางจิตเวช เสี่ยงต่อการหลบหนี ในระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ว่ารวมมือในการรักษา เช่น ไม่ว่ารวมมือในการรับประทานยา เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่จำเป็นอย่างเร่งด่วนโดยได้รับยาในขนาดที่สูง บางรายอาจต้องใช้การรักษาด้วย

ไฟฟ้าร่วมด้วยบางรายอาจต้องมีการจำกัดพฤติกรรมเพื่อคุ้มครองรุนแรง ดังนั้น ต้องประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด บางรายต้องคำนึงถึงความเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อน ทางกาย เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และภาวะเสี่ยง อื่นๆ เช่น การขาดสารน้ำและอาหาร การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหล่ม

เกร็ดความรู้ :

“การประเมินภาวะชีมเคร้า ต้องไวด์ต่อพฤติกรรม คำพูด โดยเฉพาะการมองตัวเองด้านลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ คำถามเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยพูดถึงความคิด ความรู้สึกของตนเอง ให้ความ มั่นใจที่จะเก็บรักษาความลับ จะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และให้ข้อมูล สำคัญ”

“ทักษะในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยระยะควบคุม อาการ สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมต่างๆ เช่น ผู้ป่วยทำตัวหวัง กำมัดแน่น หุ่ดหงิก กระสับกระส่าย และพอกอาวุธ พูดเสียงดัง...”

2. การประเมินญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ

ญาติ/ผู้ดูแล ต้องเชื่อมต่อกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพราะญาติ/ผู้ดูแล ต้องมีส่วนร่วมในการดูแล การประเมินความต้องการ และความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแล จึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยเหลือญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถเชื่อมต่อกับสถานการณ์และความเครียด อันจะส่งผลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยให้ประสมความสำเร็จต่อไป แนวทางในการประเมินญาติ/ผู้ดูแล ที่สำคัญในระยะนี้ คือ

2.1 ผลกระทบความเจ็บป่วย/อาการของผู้ป่วย

- วิกฤตทางอารมณ์และความเครียดของญาติ/ผู้ดูแล และ การจัดการ

- ภาระการดูแลผู้ป่วย
 - การรับผู้รักษาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
 - ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย
 - ความต้องการและความคาดหวังต่อการรักษา

2.2 ความสามารถและศักยภาพของญาติ/ผู้ดูแล

- ความพร้อมในการดูแล เช่น ที่อยู่ ญาติ/ผู้ดูแล
 - ปัญหาและการจัดการกับปัญหา ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้
 - ทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 - สิทธิในการรักษาของผู้ป่วย
 - ข้อจำกัดใน การเข้าถึงบริการ

2.3 ปัจจัยปักป้อง (protective factors)

- ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา และการดูแล
 - ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการผู้ป่วย
 - สัมพันธภาพภายในครอบครัว
 - การสื่อสารภายในครอบครัว
 - เศรษฐฐานะและบทบาทของญาติ/ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
 - แหล่งสนับสนุน

เกร็ดความรู้ :

“ครัวให้ความสำคัญในการประมีนญาติ เพราภญาติก็มีความทุกข์ใจ บุคลากรจึงจำเป็นต้องสังเกต รับรู้ความรู้สึกของญาติ เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม”

3. การประเมินชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ

อาการผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการนี้ ชุมชนมักจะมีปฏิกิริยาต่อต้าน รังเกียจ หรือดกล้า ไม่ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจาก

ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล ไม่รู้แนวทางการส่งผู้ป่วยไปรักษา ชุมชนขาดแหล่งสนับสนุนในการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เกื้อคความรู้:

“ควรให้ความสำคัญในเรื่องทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย การซักถามถูกต้องแล้วถึงปฎิกริยาการแสดงออกของคนในชุมชน ที่มีต่อผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงทัศนคติของคนในชุมชนและทำให้สามารถวางแผนจำนวนน่าได้ครอบคลุม...”

การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา

การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาในระดับคุณภาพการ ทีมสหวิชาชีพต้องนำข้อมูลจากการประเมินปัญหาและความต้องการมาวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรมในการบำบัดรักษาผู้ป่วย การวินิจฉัยในระยะนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัย ระดับความรุนแรงของการทางจิตลดลงสามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ

หลังจากการประเมินและวินิจฉัยปัญหาแล้ว นำปัญหามาวางแผนตามลำดับความสำคัญ โดยกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีอาการทางจิตรุนแรง ดังนั้นเป้าหมายของแผนในระยะนี้ คือ การควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น สิ่งที่ต้องระวังพิเศษคือ เมื่อพบปัญหาผู้ป่วยมีความคิดจะทำร้ายตนเอง หรือวางแผนจะฆ่าตัวตาย ต้องวางแผนเพื่อพยายามลดความรุนแรงของการทางจิต และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษา

การดำเนินการตามแผน

ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่นำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นการประสานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลตามบทบาทหน้าที่ และมีการประเมินผลเพื่อปรับเปลี่ยนแผนเป็นระยะ โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดแผนการรักษาด้วยยา และพยาบาลดำเนินการตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา เพราะระยะนี้การรักษาด้วยยาไม่ความสำคัญมาก สำหรับการรักษาด้านจิตสังคม ซึ่งทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผน จะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อบำบัดรักษาอาการทางจิต การลดความรุนแรงของพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ที่ผิดปกติลงโดยเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการ ด้วยยาต้านโรคจิต โดยทั่วไปจะเริ่มทันทีหลังจากที่ประเมินทางคลินิกแล้ว มีข้อบ่งชี้ว่าสามารถดำเนินการได้

โดยทั่วไปยาต้านโรคจิตมีความปลอดภัย เมื่อใช้ในระยะเวลาสั้น ในสถานการณ์ฉุกเฉินจึงสามารถใช้ยาได้แม้ยังไม่ได้ตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยกเว้น การใช้ยา clozapine ต้องตรวจ CBC ก่อนให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการประเมินอาการแยกโรคทางกาย/อาการทางระบบประสาทจากอาการทางจิต

1.1 การประเมินก่อนการรักษาด้วยยา ควรประกอบด้วย

- ประวัติเจ็บป่วยทางจิตในอดีตจนถึงปัจจุบัน
- ประวัติเจ็บป่วยทางกาย
- การตรวจร่างกาย/สภาพจิต
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น complete blood count, blood chemistry urine drug screening, liver function, renal function, thyroid function, สำหรับ EEG, MRI พิจารณาตรวจสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

ภาวะหลังตรวจจากการทางระบบประสาทเพื่อแยกอาการทางร่างกาย
ภาวะที่มีผลต่อการรักษา เช่น ไข้ ไอ หายใจลำบาก อาเจียน ท้องเสียด

- ประวัติความร่วมมือในการรับประทานยา/ฉีดยา
- ความเข้าใจของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับโรค การรักษา

และการพยากรณ์โรค

1.2 การเริ่มต้นการใช้ยา

ก่อนที่จะเริ่มต้นการใช้ยา ควรสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด กับผู้ป่วยญาติ/ผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีของการใช้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด เกierenศีรษะ มือสัน อาการเกร็งแบบแปลกๆ ของใบหน้า ปาก ตา คอ แขน ขา และหลัง (dystonia) การดูแลขณะได้รับยา ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา และเป้าหมายในการใช้ยาเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค เช่น ความกลัดกลุ้ม นอนไม่หลับ ประสาทหลอน

เกร็ดความรู้:

“ก่อนการให้ยาควรสอบถามผู้ป่วยว่า มาพบแพทย์ด้วยอาการอะไร จากนั้นเชี้แจงว่ายาที่ผู้ป่วยรับประทานไปนั้นจะไปช่วยแก้ไขอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่/ควบคุมอาการซึ่งเดียงจากอาการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ตกใจเมื่อเกิดอาการดังกล่าวขึ้น ไม่ควรใช้คำว่า “แพ้ยา” เพราะผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวล กลัว จนปฏิเสธการรับประทานยา”

1.3 การใช้ยาในสภาวะฉุกเฉิน

การบำบัดรักษาด้วยยาในสภาวะฉุกเฉิน เช่น ยาที่ต้องใช้เมื่อจำเป็น (prn) กรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยอาจตื่นกลัวและปฏิเสธ พบร่วมว่า การใช้ยา benzodiazepine จะสามารถช่วยลดอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ หลงผิดกระบวนการ理性 กระสับกระส่ายของผู้ป่วยลงได้

หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาทางปากได้ และยอมรับประทานยา การให้ยาทางจิตเวช แบบละลายเร็ว เช่น risperidone จะได้ผลรวดเร็ว จะช่วยยับยั้งอาการตื่นกลัวของผู้ป่วยลง และ ลดความเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการรักษา

กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยา อาจใช้ยาด้านโรคจิตทั้งกลุ่ม first generation (conventional or typical antipsychotic) และ second generation (atypical antipsychotic) ชนิดออกฤทธิ์สั้นโดยการฉีด (เช่น haloperidol, olanzapine) โดยอาจจะใช้ร่วมหรือไม่ร่วมกับยา benzodiazepine

เกร็ดความรู้:

“ในกรณีการใช้ยาฉีด prn บางตัวเพื่อลดความก้าวร้าวหรือลดอาการหงุดหงิดนั้น อาจทำให้เกิดผลที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ความดันโลหิตต่ำจากยาฉีด chlorpromazine หรือ อาการ apnea จากการฉีด diazepam ทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น โดยสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการฉีดยาได้ โดยการติดตามความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังจากฉีดยาทุกๆ 30 นาที จนมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย”

2. การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ

เป็นทางเลือกหนึ่งที่แพทย์จะพิจารณาใช้รักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่พยาຍາມผ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง วุ่นวายมาก หรือผู้ป่วย schizophrenia with mood symptoms, schizophrenia

with catatonic feature และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยาได้

วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า มี 2 รูปแบบ คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดั้งเดิม (unmodified ECT) และวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดัดแปลง (modified ECT) ส่วนจำนวนครั้งของการทำ จะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคและความรุนแรงของอาการ ในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ต้องทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 8 - 16 ครั้ง

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยไฟฟ้า อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบหัวใจและหลอดเลือด จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น บางรายทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งมักเกิดในคนที่มีปัญหาโรคหัวใจอยู่แล้ว และมีผลต่อพุทธิปัญญา (cognitive) ซึ่งแต่ละคนไม่เท่ากัน โดยเฉพาะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าใหม่ๆ แต่ความจำที่เสียไปนี้จะดีขึ้นหลังจากหยุดการรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมาร์ตและสนใจสิ่งต่างๆ มากขึ้น

เกร็ดความรู้:

“ผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า 2- 3 ครั้ง แล้วมีอาการหลงลืม ทำให้รู้สึกกลัว ไม่อยомнรักษาด้วยไฟฟ้าต่อ แพทย์และพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้ผู้ป่วยหลงลืมช่วงเวลา อาการจะดีขึ้นเมื่อรักษาด้วยไฟฟ้าครบ”

ผลข้างเคียงอื่นๆ ของการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน (อาการเหล่านี้จะหายได้เอง หรืออาจให้ยาแก้ปวด หรือยาแก้อาเจียน) กระดูกหักและข้อเคลื่อน หยุดหายใจนาน พับได้บางรายหรือรายที่ได้ยานอนหลับหรือให้ยาคลายกล้ามเนื้อมากเกินไป การสำลักเศษอาหารเข้าปอด อาจพบในผู้ป่วยที่ไม่ได้ดูอาหารก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า บางรายพบอาการ post convulsive excitation บางรายพบ

ภาวะสับสนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (confusional state) บางรายพบกล้ามเนื้อรอบกล่องเสียงหดตัวเกร็ง ซึ่งเป็นผลมาจากการ parasympathetic reflex บางรายมีอาการปวดศีรษะในช่วง 1 - 2 ชั่วโมง หลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

ภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า สิ่งสำคัญที่ต้องประเมิน เช่น สัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดหลัง การบาดเจ็บตามร่างกาย ภาวะสับสน ประเมินอาการทางจิตเบริร์ยบเทียบ ก่อน - หลังทำการรักษา สำหรับการประเมิน TMMSE (Thai Mini Mental Status Examination) อาจทำในรายที่จำเป็น

3. การรักษาด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการใช้การรักษาด้านจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยา ทำให้การรักษาครอบคลุมมากขึ้น การใช้การรักษาด้านจิตสังคมจะช่วยทำให้จิตใจผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสมดุล ลดภาวะตึงเครียด ช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่เชิงสังคมและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

เกร็ดความรู้ :

“ทักษะสำคัญการรักษาด้วยการรักษาด้านจิตสังคม คือ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เชื่อมั่น ไว้วางใจในผู้บำบัด โดยการสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลเป็นหลัก การเข้าใจผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยยอมรับจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น...”

เป้าหมายและวิธีการดำเนินการสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม ขึ้นกับสถานที่ อาการ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคนในขณะ

นั้น ซึ่งการบำบัดมีทั้งรายบุคคลและบำบัดแบบรายกลุ่ม สามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล การให้การรักษาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะควบคุมอาการ แบ่งเป็น

3.1 การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคลในผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล

ในระยะควบคุมอาการ การทำการรักษาด้านจิตสังคมรายบุคคล มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ให้ความร่วมมือในการรักษา มีทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทักษะในการควบคุมตัวเอง ทักษะในการดูแลตัวเอง ทักษะในการควบคุมอารมณ์ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

สำหรับญาติ/ผู้ดูแล จะเป็นต้องได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษาและการดูแล จะทำให้เข้าใจผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ก็ติดทัศนคติที่ดี นอกจากนั้นญาติจะเป็นต้องมีทักษะการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด ฯลฯ

เกร็ดความรู้:

“การดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่วันรับผู้ป่วยไว้รักษา ต้องให้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับอาการ สาเหตุของการเกิดอาการในครั้งนี้ ความรู้ของโรค การดูแล ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยและการวางแผน การดูแลต่อไป จะช่วยในการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยได้.”

3.2 การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายกลุ่มในผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล

การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายกลุ่ม คือ การบำบัดรักษา

ให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน เพื่อลดความตื่นกลัว ลดความตึงเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน หรือลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยระยะควบคุมอาการ ควรเป็นกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ประกอบด้วยกิจกรรมง่ายๆ เช่น กลุ่มการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันและกลุ่มนันทนาการบำบัดการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอาการวิกฤตทางจิตเวช ในระยะนี้ จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ผ่อนคลาย อบอุ่น ไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายเหมือนอยู่บ้าน สะอาด สบาย ปลอดโปร่งและปลอดภัย

สำหรับญาติ ในระยะนี้ ยังอยู่ในระยะวิกฤตทางอารมณ์ ควรได้เข้ากลุ่มญาติ/ผู้ดูแล เพื่อการช่วยเหลือทางจิตใจซึ่งกันและกัน ได้แก่

- กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) หลังจากญาติ/ผู้ดูแลเข้าสู่ระยะที่ผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้ญาติ/ผู้ป่วย เกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับ และมีความเชื่อต่อการเจ็บป่วยที่ดี

- การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psycho - education) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.3 การรักษาด้านจิตสังคมในชุมชน

เป็นการให้ความช่วยเหลือกรณีที่ชุมชนได้รับผลกระทบที่อาจเกิดจากภาวะวิกฤต แนวทางที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือชุมชนระยะนี้ คือ การลงเยี่ยมชุมชน ในระยะที่ชุมชนได้รับความเดือดร้อน ให้การปรึกษาเพื่อยื้อยาด้านจิตใจและการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนชุมชนในการประสานส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลระดับต่อยภูมิเขตทางที่รวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ทันทีในการจัดการกับอาการกำเริบที่เหมาะสม

สิ่งสำคัญในการประเมินและการให้ความช่วยเหลือชุมชนระยะนี้ คือ ช่องทางของชุมชนในการขอความช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต การสร้างความร่วมมือของชุมชนในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน

เกร็ดความรู้ :

“หากต้องการรับผู้ป่วยมาในชุมชนและนำทางแก้ไข จะเป็นต้องเรียนรู้วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่นของชุมชนนั้นๆ ก่อน จึงจะสามารถช่วยเหลือได้ตรงประเด็นที่ชุมชนต้องการ”

การประเมินผล

ในระยะควบคุมอาการ ถือเป็นการประเมินระยะสั้น โดยเน้นที่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นั่นคือ ประเมินเรื่องความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน อาการทางจิตลดลง สามารถควบคุมพฤติกรรมที่รุนแรงหรือแปรปรวนของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 หน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะควบคุมอาการ
(acute phase)

วิชาชีพ	หน้าที่
1. แพทย์	แพทย์มีบทบาทที่สำคัญในการบำบัดรักษา ทำหน้าที่วินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล บุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิด ประวัติความเป็นจริงเพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการวินิจฉัย การดูแลผู้ป่วย โดยเน้นเรื่องการบำบัดรักษาด้าน biomedical care เช่น การรักษาด้วยยาทางจิต การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น รวมทั้งพูด

วิชาชีพ	หน้าที่
	คุยกับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและแนวทางการบำบัด/รักษาร่วมกันเพื่อบรรลุ เป้าหมายในการรักษา
2. พยาบาล	พยาบาลมีบทบาทบำบัดทางการพยาบาล ทำหน้าที่ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงประเมินความเสี่ยงต่างๆ และข้อจำกัดในการดูแล ของญาติ/ผู้ดูแล เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแล ผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้น ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบโดยเร็วและปลอดภัย มีการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การกระตุนเข้าร่วม กิจกรรมบำบัด การบำบัดทางจิตแบบรายบุคคลและราย กลุ่ม การฟื้นฟูทักษะส่วนที่บกพร่อง ให้การบำบัดทางจิต สังคม ลดความตื่นกลัวหรือความตึงเครียด ทำให้ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลผ่อนคลาย รวมถึงการทำหน้าที่ประสาน กับแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นในการดูแลบำบัดรักษา ผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาการ ผิดปกติของผู้ป่วย ความก้าวหน้าในการรักษาเฝ้าระวัง อาการข้างเคียงจากยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า
3. นักสังคม สงเคราะห์	นักสังคมลงเคราะห์มีบทบาทในการประเมินปัญหาทาง สังคมสาเหตุการเจ็บป่วยหรือการป่วยช้า เพื่อเป็นข้อมูล สำหรับการบำบัดรักษา วางแผนจ้างนายผู้ป่วย ให้คำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลและหาวิธีช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ให้ คำปรึกษาญาติ/ผู้ดูแลเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ ผู้ป่วยพึงได้รับตามกฎหมาย ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพ ในการประเมินครอบครัว

วิชาชีพ	หน้าที่
4. เภสัชกร	เภสัชกร มีหน้าที่เป็น consultant สำหรับ 医师 พยาบาล และเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ
5. นักจิตวิทยา	นักจิตวิทยาหน้าที่ประเมินทางจิตวิทยาถ้าสามารถประเมินผู้ป่วยได้ จะใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา หรือสังเกต สัมภาษณ์ เพื่อหาสาเหตุการป่วย เพื่อประกอบกับการวินิจฉัยของแพทย์
6. ทันตแพทย์	ทันตแพทย์มีบทบาทในการประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในรายที่มีความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน
7. พยาบาล	พยาบาลจิตเวชชุมชนมีบทบาทร่วมกับทีมในการร่วมวางแผนการจิตเวชชุมชนดูแลผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล
8. วิชาชีพื่อนๆ	วิชาชีพื่อนๆ มีบทบาทตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาที่พบจากการประเมิน และได้รับการช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญของปัญหา เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะควบคุมอาการ (acute phase) เข้าสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) แล้ว ประเด็นสำคัญของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป จึงเป็นหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชนและสังคม ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ดังแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่องในชุดความรู้ที่ 2

ชุดความรู้ที่ 2

แนวทางการวางแผนจัดหน่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน
ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase)

ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) เป็นระยะต่อจากระยะควบคุมอาการ (acute phase) ซึ่งช่วงระยะควบคุมอาการ รวมกับระยะให้ยาต่อเนื่อง จะมีช่วงเวลารวมกันประมาณ 6 เดือน เป็นช่วงที่ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมอาการได้

เป้าหมายการวางแผนจัดทำผู้ดูแลเด็กและครอบครัว

เป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้บรรลุคือ การลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19 และการรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด รวมถึงการจัดการกับผู้ติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้แพร่กระจายไปยังคนอื่น ซึ่งจะช่วยลดภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ ให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติได้เร็วๆ นี้

เป้าหมายสำคัญๆ/ผู้ดูแล คือ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโศก การบำบัดรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ ทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่สำคัญ คือ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทาง มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และ มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอาการกำเริบซ้ำ

เป้าหมายสำหรับชุมชน คือ ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประสานเครือข่าย และสถานบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทระยะควบคุมอาการ

การประเมินปัญหา ความต้องการเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยในระยะให้ยาต่อเนื่อง

1. การประเมินผู้ป่วย

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในระยะนี้ ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกับญาติ/ผู้ดูแลในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคม ต้องมีการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ แล้ววางแผนให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การประเมินระยะให้ยาต่อเนื่อง มีดังนี้

1.1 การประเมินด้านร่างกาย ในระยะนี้ทีมสหวิชาชีพยัง จำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลเพื่อประเมินปัญหาความต้องการทางด้านร่างกาย อายุ่งต่อเนื่อง เช่น ปัญหาทางกายของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การตรวจระดับของยาในเลือด การตรวจสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด เป็นต้น การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่มีผลต่ออาการและยาทางจิตที่ผู้ป่วยรับประทาน การประเมินความต้องการการดูแลและพื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายที่จำเป็น เช่น ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวทางร่างกายจากยาทางจิตเวช การประเมินความรู้ ความสามารถ ในการสังเกตอาการผิดปกติทางกายเมื่อเกิดอาการขึ้น ทั้งขณะอยู่ในพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่อง กิจวัตรประจำวัน เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา แก้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เกร็ดความรู้ :

“ผู้ป่วยบางรายได้ยา lithium และ haloperidol ร่วมกัน จะมีผลทำให้ EPS ซูงขึ้น โดยพบว่ามีอาการพูดลืมรัว เดินเซ ควรทำ clinical tracer ทบทวนเชิงระเบียน เพื่อทำให้บุคลากรได้เรียนรู้”

เกียร์ความรู้: การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการทางกายที่เกิดขึ้น

“ผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถเดินได้ต้องนอนอยู่บ่นเตียงตลอด พบร่วมป่วยเป็นชุมน้ำหนวก รักษาหายแล้วก็เป็นอีก จึงพยายามค้นหาสาเหตุจนพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นน้ำหนวกเกิดจากเจ้าหน้าที่พาผู้ป่วยไปอาบน้ำแล้วน้ำซึมเข้าหู พยาบาลได้ดัดแปลงกรวยวัดprotothotrunกันน้ำเข้าเวลาอาบน้ำ จึงแก้ปัญหาได้เด็ดขาด”

เกณฑ์ความรู้ :

“ผู้ป่วยการทรงตัวไม่ดี ขาดออกแรงต้องนอนกับเตียง เกิดอุบัติเหตุ ล้มป่วย พยาบาลพยายามหาประวัติผู้ป่วยจากคนที่รู้จักพบว่าผู้ป่วยเป็นคนเรื่องและดื่มยาดองมา 10 กว่าปี จึงรายงานแพทย์ระบบประสาทแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยขาดวิตามินบี 1 หลังจากฉีดวิตามินบี 1 ได้ 2 วัน ก็สามารถลุกเดินได้ตามปกติ”

เกร็ดความรู้ :

คำพูดที่ผู้ป่วยพูด มีความสำคัญที่จะต้องนำมาประเมิน วิเคราะห์ ว่าเกิดจากอะไร หรือเป็นสัญญาณนำอะไร เช่น ก่อนผู้ป่วยจะซักผู้ป่วยเดินมาบอกพยาบาลว่า “จะหลุดโลกแล้ว” แล้วก็เดินกลับไปสักพักเดินกลับมามพูดอีก “จะหลุดโลกแล้ว” สักครู่ก็เกิดอาการชัก ที่มีสนธิชาชีพเงื่งตื้องสังเกตอาการและคำพูดของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งอาจจะแตกต่างกัน เพื่อประเมินและวางแผนป้องกันได้อย่างทันท่วงที

1.2 การประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ ในระยะนี้ผู้ป่วย

ปลดภัยมากขึ้น ความตึงเครียดลดลง อาการทางจิตสงบ แต่อาจจะยังมีอาการหวัดระรัว ประสาทหลอนและหื่นหลงผิดเป็นบางครั้ง มีอาการ

แยกตัว ก้าวร้าวและหรือซึมเครื่าในระดับน้อยถึงปานกลาง พูดคุยสื่อสารได้มากขึ้นบอกความต้องการของตนเองได้การประเมินระยะนี้โดยการสัมภาษณ์ สังเกต การตรวจ การใช้แบบประเมินทางจิต (เช่น BPRS) แฟ้มรายงานอาการ การทดสอบทางจิตวิทยา ต้องติดตามประเมินต่อจากระยะควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง การสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์ต่างๆ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง เช่น วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด สิ้นหวัง ฯลฯ ผู้สัมภาษณ์จะต้องวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องทางอารมณ์ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์กับเนื้อหาความคิด ความสอดคล้องของการแสดงสีหน้าและพฤติกรรมกับเรื่องที่เล่า ปฏิภาริตตอบโต้สิ่งกระตุ้นมากหรือน้อยกว่าปกติแสดงสีหน้าสดชื่นรื่นเริงทั้งที่อ่อนไหวอารมณ์เครื่า แสดงอารมณ์ขัดแย้งในเรื่องเดียวกัน ฯลฯ การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย เช่วนปัญญา สมาร์ตและความพร้อมของผู้ป่วย ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ความจำ การสื่อสารกับผู้อื่น ลักษณะการพูด เช่น พูดช้าหรือเร็ว ไม่พูดพูดเดียงเบา พูดขาดหายเป็นช่วงๆ พูดช้าๆ พูดภาษาแปลกๆ พูดอ้อมค้อม พูดไม่มีเหตุผลไม่สอดคล้องและไม่ต่อเนื่อง พูดคนเดียว ฯลฯ ความคิดหลงผิด เช่น คิดว่าตัวเองเป็นผู้วิเศษ ความคิดเหาดระเเรง ฯลฯ การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ฯลฯ อาการเหล่านี้อาจพบได้ในช่วงแรกๆ ของระยะที่ต่อจากระยะควบคุมอาการ และจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ แต่ต้องระวังการป่วยกลับเข้ามายัง

ในช่วงนี้จึงต้องมีการประเมินอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่องที่มีสหวิชาชีพจึงต้องหาข้อมูลสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวอย่างละเอียด เพื่อวินิจฉัยและวางแผนแก้ไขให้ตรงกับปัญหา ความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จนกระทั่งผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชน

เกร็ดความรู้ :

การประเมินอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยเก่าอาจถามว่า

“ได้ยินเสียงคนมาพูดคุยในหู โดยไม่เห็นตัวคนพูดในหู”

“ได้ยินเสียงคน 1 คนหรือหลายคนมาพูดถึงตัวเรา พูดแนะนำ หรือพูดสั่งเรานะหรือไม่”

1.3 การประเมินด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ รับรู้ต่อการเจ็บป่วยดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น การฟื้นฟูทักษะทางสังคมที่บกพร่องสำหรับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องประเมินวินิจฉัยเพื่อวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ให้พร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชน

การประเมินสัมพันธภาพผู้ป่วยกับบุคคลอื่น เช่น สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับเพื่อนผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และญาติ/ผู้ดูแล ประเมินในเรื่องการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าเวลาอ่างให้เป็นประโยชน์การทำงาน ฯลฯ ประเมินทัศนคติ ความเชื่อของผู้ป่วยต่อญาติ/ผู้ดูแล ทีมผู้รักษาและชุมชน ทัศนคติและความเชื่อของญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล การรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่า ฯลฯ สถานภาพของญาติ/ผู้ดูแล ระดับการศึกษา ทักษะความชำนาญและอาชีพ เป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับญาติ/ผู้ดูแล ความรักใคร่ป่องดองกันในครอบครัว การดูแล เอกajeiseของญาติ/ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การดำเนินชีวิตประจำวัน ความยืดมั่น ในขอบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม การจัดระเบียบทางสังคม ความซวยเหลือเกี้ยวกูลกันในชุมชน ความผันแปรหรือวิกฤตการณ์ของชีวิต เช่น ถูกออกจากการงาน คู่สมรสหรือพ่อแม่เสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวต้องคิด มีการถอนหมัน หย่า/ร้าง ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยมุ่งหาข้อมูลในแง่ของความปลอดภัย ตัวการที่ก่อให้เกิดความเครียด และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ มีการเข้าร่วมกลุ่ม/ชุมชนใดหรือไม่ ที่สำคัญจะต้องมีการประเมิน

ความรู้สึกเป็นตราubaปทีเป็นโรคจิตเวท โดยทีมสหวิชาชีพต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมหรือสิ่งแวดล้อมนั้นได้โดยไม่รู้สึกขัดแย้ง หรือถูกกดดันจากค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน

1.4 การประเมินด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญที่ทีมสหวิชาชีพ จะต้องค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ จุดมุ่งหมายสำคัญของชีวิต แหล่งที่พึงทางใจ ความเชื่อที่ผู้ป่วยมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจะมีผลต่อการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับไปสู่สังคมได้ และทำให้อาการไม่กำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ ปัจจัยต่างๆ อันได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี ทัศนคติต่อการเจ็บป่วย สิ่งที่เป็นกำลังใจ ความหวัง ความศรัทธา ความเชื่อส่วนตน ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับศาสนา สิ่งเหนือธรรมชาติ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าผู้ก่อตายสายสิญจน์ที่ข้อมือแล้วจะช่วยให้หายเจ็บป่วยได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ถ้าไม่ใส่พระคล้องคอแล้วจะนอนไม่หลับ ฯลฯ ทีมสหวิชาชีพควรให้การยอมรับ เคราะฟในสิทธิและความเชื่อ ไม่ตำหนิหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อกำลังใจของผู้ป่วย แต่ต้องใช้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล

เกร็ดความรู้ :

- การประเมินด้านจิตวิญญาณ อาจจะใช้คำถาม เช่น
“มีอะไรที่ช่วยทำให้จิตใจคุณแข็งแกร่ง ไม่ท้อในการรักษา”
- “คุณคิดว่าศาสนามีส่วนช่วยเหลือคุณอย่างไรบ้าง”
- “คุณนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใดหรือไม่”
- “คุณคิดว่ามีอะไรที่ช่วยให้คุณหายป่วยได้นอกเหนือจากการรักษาที่โรงพยาบาล”

“จุดมุ่งหมายของชีวิตคืออะไร”

“เมื่อรักสึกผิดหรือไม่สบายใจ คนทำอย่างไร”

“เคยทำพิธีสังเวยเดชะเคราะห์ หรือสวัสดิ์อ่อนหวานสิงศักดิ์สิทธิ์หรือไม่”

“ເຄຍນັ້ນສມາກີ ອຣືອສວດມນຕົບ້າງທຣືອໄມ່”

“มีอะไรเป็นเครื่องยืดเห็นี่ยุวจิตใจบ้าง”

1.5 การประเมินด้านความเสี่ยง ถึงแม้ในระยะนี้ของการทางจิตของผู้ป่วยจะลดความรุนแรงลงแต่ยังมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการกำเริบใหม่ได้ง่าย จำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลักล้มง่าย ความเสี่ยงจากโรคประจำตัวทางกายกำเริบ เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นหวาณ มี幻影 ให้ทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายคนอื่น ปัญหาที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยบางราย มีอาการกำเริบบ่อย ญาติ/ผู้ดูแลไม่ให้ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกญาติ/ผู้ดูแล ทอดทิ้ง ไม่ยอมรับกลับ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้คุณค่า จึงทำให้ผู้ป่วยพยายาม หลบหนีออกจากโรงพยาบาล หรือพยาบาลมาตัวตาย (แบบประเมิน เช่น SAFE, ADR, BPRS) นอกจากนี้การประเมินความรู้สึกเป็นภาระของญาติ จะช่วยบอกความเสี่ยงต่อการทอดทิ้งผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จะต้องหาข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว แพทย์จะติดตามชุ่มชนเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพจิต ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน ควรประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นร่วมกันเพื่อวางแผนป้องกัน โดยพิจารณาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

เกร็ดความรู้ :

“การปล่อยให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วยตามลำพัง พบร่วม บ่อยครั้งหลังญาติกลับ ผู้ป่วยพยายามจากตัวตาย ดังนั้นจึงควรมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะญาติเยี่ยม หลังการเยี่ยม รวมทั้งสอบถามผู้ป่วยและญาติเพื่อทราบข้อมูล หรือข้อสังเกตต่างๆ เพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะเมื่อญาติกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวอยู่คนเดียว เศร้าชีม ไม่ทานอาหาร ให้ระวังผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง หรือหลบหนี ต้องคงอยู่สังเกตอาการ และหาปัญหาที่แท้จริงเพื่อวางแผนป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการสร้างสมัพนธนาภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเปิดเผยข้อมูล”

“ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาตลอด ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่พูดกับใคร ไม่อยากรับประทานอาหาร อญู่ ๆ ก็พุดคุยดี ยิ้มแย้ม รับประทานอาหารได้ ให้ระวังว่าผู้ป่วยอาจตัดสินใจจากตัวตายแล้ว”

2. การประเมินญาติ/ผู้แลขอผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยในระยะให้ยาต่อเนื่อง ที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้ประเมินญาติ/ผู้ดูแล ตั้งแต่โครงสร้างของครอบครัว ประวัติญาติ/ผู้ดูแล เพราะเป็นองค์ประกอบที่จะทำให้เห็นความเกี่ยวพันของสมาชิกในครอบครัว ที่ผู้ป่วยอยู่ด้วย เช่น การสื่อสาร สมัพนธนาภาพของบุคคลในครอบครัว บทบาทของคนในครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล ภภาระเบี่ยง ปัญหา ประวัติของผู้ป่วย ทางจิตของครอบครัว สถานภาพของสมาชิกในครอบครัวในแต่ละระดับ ได้แก่ กลุ่มระดับเดียวกัน เช่น พี่ชาย น้องชาย พี่สาว น้องสาว กลุ่มที่ต่างระดับกัน เช่น บิดา มารดา ลูก นอกจากนี้ยังต้องค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ที่มากของรายได้หลักของครอบครัวและเงินพอกใช้จ่ายหรือไม่ ลักษณะของที่อยู่อาศัย แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต คนใกล้ชิดที่ติดสารเสพติด การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำงาน การมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมของครอบครัว เช่น การไปทำบุญตักบาตรร่วมกัน การสังสรรค์กันในครอบครัว การทำกิจกรรมยามว่างร่วมกัน ทัศนคติของญาติ/ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือกันของสมาชิก ความคาดหวังที่มีต่อทีมสหวิชาชีพ และการหายของโคร ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว ข้อจำกัดของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของญาติ/ผู้ดูแล และการช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เช่น การประสานเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพต้องหาข้อมูลดังกล่าวเพื่อประเมิน วินิจฉัยและวางแผนให้การช่วยเหลือญาติ/ผู้ดูแล ตามปัญหา ความต้องการ และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย กรณีผู้ป่วยกลับไปอยู่กับญาติ/ผู้ดูแลแล้ว พยาบาลจิตเวชชุมชน หรือเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพจิตเป็นผู้ประเมินญาติ/ผู้ดูแลและร่วมกันวางแผนต่อไป

3. การประเมินชุมชนในระยะให้ยาต่อเนื่อง

การประเมินชุมชนระดับนี้สำคัญที่มีสหวิชาชีพต้องประเมินชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมชุมชนและเตรียมผู้ป่วยให้ปรับตัวเข้ากับชุมชนได้จะต้องศึกษารายละเอียดว่า เป็นชุมชนเปิด หรือชุมชนปิด ความເຂົ້າຕ່ອງการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย แหล่งที่ตั้งของชุมชนและสภาพแวดล้อม ความคล่องตัวของการติดต่อกับสถานที่ราชการและแหล่งอำนาจความสะดวก เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล กาก้าด มูลนิธิ สไมสรที่ช่วยสงเคราะห์ผู้ตกทุกข์ได้ยาก ประชาสงเคราะห์จังหวัด สถานรับเลี้ยงเด็กอนามา บ้านพักคนชรา วัด ซึ่วิต ความเป็นอยู่ของคนในชุมชนเรียบง่ายหรือแก่งແย়ে়়়়়়়় শান্ত สวยงาม หรือหลัง ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ และเด็ก หรือวัยทำงาน เพื่อประเมินสภาพเศรษฐกิจและผลกรະທບต่อครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล และบุคคลในชุมชน

นอกจากนั้นต้องค้นหาข้อมูลศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมของชุมชน การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต เครื่อข่ายสุขภาพจิตในชุมชนที่จะช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น วัดสوانแก้ว วัดบางระไหง ซึ่งรับผู้ป่วยไม่มีญาติมาอยู่และให้งานทำ ช่วยดูแลผู้ป่วย ฯลฯ แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มาประمهิน วินิจฉัย และวางแผน เพื่อเตรียมชุมชนให้พร้อมสำหรับผู้ป่วย ทั้งเรื่องความรู้ ทัศนคติ แหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและชุมชน

กรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พยาบาลจิตเวชชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพจิต เช่น อสม. อบต. เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลประสานกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามปัญหา ความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชนได้

เกณฑ์ความรู้:

“เมื่อประเมินชุมชน บางครั้งพบว่า ชุมชนมีทัศนคติไม่เดียดต่อผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมรุนแรง สร้างความเดือดร้อน รู้สึกไม่พอใจ และรู้สึกว่า ผู้ป่วยทำผิดก็ไม่มีความผิด ทำลายของก็ไม่ต้องชดใช้ คนอย่างนี้ไม่มีใครต้องการ”

ข้อมูลเหล่านี้ต้องนำมาใช้ประกอบการประเมินชุมชนและวางแผนปรับเปลี่ยนทัศนคติคนในชุมชนโดยให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องช่วยเหลือดูแลก่อนจากนั้น才รับผู้ป่วยสู่ชุมชน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยกลับเข้าได้ง่าย

การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา

การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา ได้จากการประเมินปัญหา และค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยทีมสหวิชาชีพต้องหา

ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยและวางแผนแก้ไขให้ตรงกับปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน ตามที่วิเคราะห์และวินิจฉัยได้ สำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาล ช่วยให้สามารถอธิบายการตอบสนองของผู้ป่วยต่อโรคเงื่อนไข หรือสภาพการณ์ได้โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยได้เมื่อการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยเปลี่ยนไป การวินิจฉัยจะนำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถทำได้อิสระ ทั้งวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล แต่การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการอธิบายกระบวนการเจาะจงโรค เน้นที่พยาธิสภาพของโรค และไม่เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะหายเจ็บป่วย ดังนั้น ต้องพิจารณาการวินิจฉัยทั้งทางการแพทย์และทางการพยาบาล เพื่อจะนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน

การวางแผนเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประมินและกำหนดความต้องการของผู้ป่วยแล้ว แผนส่วนใหญ่เป็นแผนเกี่ยวกับการให้ความรู้ การตอบประเด็นของผู้ป่วย รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ภายในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รายบุคคลตามเกณฑ์แต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยอาจใช้การบำบัดรายบุคคล หรือแยกกลุ่มการสอนสาขาวิชา การฝึกปฏิบัติ การให้การปรึกษา เช่น วางแผนการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการชุน เวลาด้วยตนเอง การฝึกทักษะทางอาชีพ ทักษะการ

เข้าสังคม ทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสอนผู้ป่วยให้รู้จักสังเกต อาการเตือนล่วงหน้าของอาการกำเริบ การป้องกันอาการกำเริบ การสังเกต อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เป็นต้น

การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และ ชุมชนนั้นต้องมีการกำหนดเป้าหมายของแผน ซึ่งการกำหนดเป้าหมายใน การดูแลผู้ป่วยรายบุคคลควรเป็นเป้าหมายที่เหมาะสมกับศักยภาพด้านสังคม อาชีพและอาการของผู้ป่วย โดยควรเป็นเป้าหมายที่ทำได้จริง ไม่สูงเกินไป เพื่อ ไม่ให้กดดันผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะเป็นสิ่งกระตุนให้ผู้ป่วยกลับเป็นชาได้ ควรเป็นเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะช่วยให้ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลมีความหวังและกำลังใจที่จะก้าวต่อไป นอกจากนั้น ยังต้องมีการวางแผนเพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การวางแผนเพื่อประสานเครือข่ายกับชุมชน และ สถานบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการตามแผน

เป็นขั้นตอนที่นำแผนที่วางแผนไว้สู่การปฏิบัติ เป็นการประสานร่วมมือ ระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน กิจกรรมส่วนใหญ่ เป็นเรื่องการกระตุนฝึกทักษะ สนับสนุน ให้กำลังใจ แก้ไขปัญหาในการดูแล ตนเอง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งมีทั้งการสอนสาธิต การให้การปรึกษา และการฝึกปฏิบัติ รวมถึงการประสานส่งต่อไปยังเครือข่ายในชุมชน ซึ่งการ ดำเนินตามแผน จะเป็นการรักษาด้วยยา การรักษาด้านจิตสังคม การจัด สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การรักษาด้านจิตสังคมสำหรับญาติ/ผู้ดูแล การรักษาด้านจิตสังคมในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะให้ยาต่อเนื่อง

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการประคับประคอง บรรเทาหรือควบคุมอาการ และลดความเครียดของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงคงเป็นการรักษาด้วยยาและการรักษาด้านจิตสังคม แต่จะแตกต่างจากระยะควบคุมอาการ ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา

การปรับการใช้ยาให้เหมาะสม

ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามผลการตอบสนองจากการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อแพทย์ปรับการรักษาด้วยยาแล้วผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี เกิดผลข้างเคียงน้อยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาและติดตามอาการต่อเนื่องตลอด 6 เดือน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ในระยะนี้ไม่ควรรีบเร่งลดระดับการให้ยาลง เพราะในระยะนี้เป็นระยะที่เปลี่ยนบาง ซึ่งอาการจะกำเริบได้ง่าย

เกร็ดความรู้ :

ผู้ป่วยที่รับประทานยา clozapine แพทย์และพยาบาลจะต้องกำชับผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาอื่นร่วมด้วย ในกรณีเจ็บป่วยทางกายแล้วไปปั๊ยกากินเองหรือไปพบแพทย์จะต้องแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบทุกครั้งว่ารับประทานยา clozapine อญิ เพื่อจะได้ป้องกันการรับประทานยาที่ไม่ควรรับประทานร่วมกับ clozapine เช่น หลักเลี้ยงการรับประทานยา erythromycin ร่วมกับ clozapine เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชาข้ากได้”

2. การรักษาด้านจิตสังคม

ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว การรักษาด้านจิตสังคมจะช่วยสนับสนุนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยอาจมีรูปแบบโครงสร้างของกระบวนการที่ง่ายกว่าที่ใช้กับผู้ป่วยในระยะควบคุมอาการ

สามารถใช้การรักษาด้านจิตสังคม ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยสอนเรื่องอาการเจ็บป่วยและผลที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความสำคัญของการรักษา ความรู้เรื่องยา การสังเกตอาการข้างเคียง และการจัดการกับผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยหากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอนให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง การสังเกตอาการเตือนของการกำเริบ วิธีการป้องกันอาการกำเริบ ทักษะการปฏิเสธการใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาในทางที่ผิด ลิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งในระยะนี้ คือ การสร้างเครือข่าย การมีปฏิสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ให้บริการ ดูแลผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้การดูแลซ่อมแซมผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้นตามลำดับ

ปัจจุบันระยะเวลาในการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในค่อนข้างสั้น ดังนั้นก่อนที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลต้องวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้ป่วยนอก และติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม และพยายามดึงให้ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรับบัดกรีษาด้วย

2.1 การรักษาด้านจิตสังคมรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง การบำบัดรายบุคคลเป็นการบำบัดโดยรวม โดยเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การให้การปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยจะเป็นทั้งเรื่องทักษะในการบริหารจัดการ การรักษาด้วยตนเอง เช่น ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยหากรับประทานยา.rักษาทางจิตอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติก่อนเกิดอาการกำเริบ การวางแผนป้องกันอาการกำเริบ ทักษะการปฏิเสธการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด ฯลฯ

เกร็ดความรู้ :

กรณีนี้ ทีมสหวิชาชีพควรให้การบริการรายบุคคลแก่ผู้ป่วย และญาติของคนไข้เพื่อหายาปูนหาที่แท้จริง แล้วจึงทำการอุบัติภัย จึงจะได้ผล

2.2 การรักษาด้านจิตสังคมรายกัญช์สำหรับผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง การบำบัดรายกลุ่มจะเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามแผนการรักษา ทำให้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาลดลง

กระบวนการรักษากลุ่มส่งผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และทัศนคติ ที่มีต่อการเจ็บป่วยให้ดีขึ้นกว่าการบำบัดรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ระยะนี้ผู้ป่วยยังเปราะบาง อาการทางจิตจะกำเริบได้ง่าย จึงต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมกลุ่มบำบัดมีหลากหลายแบบ โดยสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มฝึกทักษะความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรค การรักษาการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีกลุ่มจิตบำบัดอื่น เช่น กลุ่มจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) กลุ่มจิตบำบัดประคับประครอง (support psychotherapy) กลุ่มการเสริมพลัง (empowerment) เพื่อให้โอกาสเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วย หรือ กลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self-help group)

เกร็ดความรู้:

“การบำบัดรายกลุ่ม ผู้บำบัดควรคำนึงถึงภาษาที่พูด ไม่ควรพูดทับศัพท์ ไม่พูดถ้าความ ครวญเข้าภาษาที่ชัดเจน เช่นใจง่าย หากสามารถสื่อสารด้วยภาษาเดียวกับผู้ป่วย จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะผู้ป่วยเข้าใจภาษา มีความรู้สึกเหมือนอยู่บ้านเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือดี”

“บางครั้งการพูดไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการเข้าใจผิดได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าถาม เช่น ต้องกินยาคุมไว้ หมายถึงกินยาเพื่อควบคุมอาการไว้ ผู้ป่วยเข้าใจว่ากินยาคุมกำเนิด เป็นต้น”

เกร็ดความรู้:

“ผู้ป่วยจิตเกกส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางด้านสังคมเนื่องจากอาการทางด้านลบทองผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง และสิ่งแวดล้อม การพื้นฟูทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งวิธีที่ได้ผลเร็ว คือ การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง (role play) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมในสถานการณ์จริง เช่น พาไปตลาดนัดรู้จักใช้จ่ายเงิน การรับประทานอาหาร การขึ้นรถประจำทาง จะช่วยให้พื้นฟูทักษะทางสังคมได้เร็วขึ้น”

การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะให้ยาต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัย ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ตลอดถึงกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมทักษะการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม และความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในหอผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่พอทำได้ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสะดวกสบาย ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่กลับบ้านแล้ว พยาบาลจิตเวชชุมชนอาจช่วยแนะนำติในเรื่องการจัด

สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การทำงานที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำ การช่วยผู้ป่วยพูดคุย ลดการติดลักษณะวิชาตันในบ้าน ฯลฯ

เกร็ดความรู้ :

“การจัดบรรยากาศในห้องผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตทั่วไป และให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของที่นอน โต๊ะอาหาร ล้างจาน รถน้ำต้นไม้ ฯลฯ จะช่วยพื้นฟูทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น”

2.3 การรักษาด้านจิตสังคมสำหรับญาติ/ผู้ดูแล ประเด็นสำคัญ ของการดูแลผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง คือ การดูแลบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการดูแลทางจิตสังคมสำหรับญาติ/ผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับญาติ/ผู้ดูแล ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามความเหมาะสม เนื่องตั้งแต่การให้ข้อมูล การทำจิตบำบัดประคับประคอง เพื่อจัดการกับความรู้สึก เช่น การคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อรับภาระการดูแลผู้ป่วย การให้การปรึกษาเพื่อให้ญาติจัดการกับความรู้สึกและปัญหาของตนเอง การเสริมพลัง (empowerment) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้เรื่องโรค การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการกำเริบ ทักษะการจัดการกับอาการผู้ป่วยเมื่อมีภาวะวิกฤตในเบื้องต้น การประสานกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกินความสามารถของตนเองนี้ควรจัดให้ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (self-help group)

2.4 การรักษาด้านจิตสังคมในชุมชน สำหรับผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง ควรเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนดำเนินการโดยให้ความช่วยเหลือ

ชุมชนในระยะวิกฤตทางจิตเวช ให้ความรู้กับชุมชนในเรื่องโรค การดูแล การป้องกันการกลับมาอีกซ้ำ ทำการให้การบริการ การจัดการกับอาการในเบื้องต้น ซ่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีที่ชุมชนไม่สามารถจัดการปัญหาเองได้ การอบรมแกนนำชุมชน เช่น อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลในเครือข่าย ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องทักษะที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช เช่น การให้การบริการ ทักษะการเจรจาต่อรอง การช่วยเหลือส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งการสนับสนุนแหล่งประโยชน์จากองค์กรภาครัฐและเอกชน เช่น ด้านเศรษฐกิจ งานและอาชีพให้กับผู้ป่วยในรายที่จำเป็นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีมสาขาวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชชุมชนและเจ้าหน้าที่เครือข่าย สุขภาพจิต ร่วมกันในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน ตามปัญหาและความต้องการ สิ่งสำคัญสำหรับชุมชน คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ต่อผู้ป่วย ยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และทุกคนต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามาร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมได้เร็วขึ้นและสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนได้

เกี่ยวกับความรู้:

“ญาติ/ผู้ดูแลชุมชนมักคิดว่า ผู้ป่วยจิตเวชควรอยู่โรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ ไม่อยากรับผู้ป่วยกลับบ้านชุมชน ทีมสาขาวิชาชีพจึงต้องให้ความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนด้วย”

การประเมินผลในระยะให้ยาต่อเนื่อง

การประเมินผลการวางแผนจานหน่ายระยะให้ยาต่อเนื่อง จำเป็นต้องประเมินว่าแผนการจานหน่ายได้รับการปฏิบัติตามเกณฑ์ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันหรือไม่ โดยมีการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว

1. การประเมินผลระยะสั้น คือ

ผู้ป่วย ปลดอกภัย อาการทางจิตสงบลง มี่อนมัยส่วนบุคคลดี
ปฏิบัติภารกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ควบคุมและรับรู้อารมณ์พฤติกรรม
ได้เหมาะสม รับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ตั้งตามความเป็นจริง รับรู้ปัญหา
ของตนเองและ/หรือยอมรับความเจ็บป่วย สื่อสารรู้เรื่องแล้วร่วมทำกิจกรรม
กับผู้อื่นได้ พากผ่อนนอนหลับเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย ได้รับ³
สารอาหารและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
จากการรักษาพยาบาล ปลดภัยจากการขังเคียงของญา ไม่ทักษะในการ
แก้ไขปัญหา พร้อมและมั่นใจในการกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและ
สังคมตามศักยภาพ ทราบวิธีปฏิบัติตัวไม่ให้กลับเป็นเช่นเดิมและทักษะการใช้
ชีวิตในชุมชนอย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีต่อทีม
สหวิชาชีพ ครอบครัวและผู้อื่น ทราบแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อขอความ
ช่วยเหลือเมื่อต้องการ

ญาติ/ผู้ดูแล ยอมรับผู้ป่วย มีความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านร่างกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและการจัดการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งบริการใกล้บ้านสามารถนำไปใช้บริการเมื่อต้องการความช่วยเหลือได้กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ/ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชชุมชน เป็นผู้ประสานข้อมูลส่งต่อเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง

2. การประเมินผลระยะยาว เป็นการติดตามประเมินผลในชุมชน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งมีเป้าหมายในการประเมินคือ ผู้ป่วยไม่กลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะให้ยาต่อเนื่อง

วิชาชีพ	หน้าที่
1. พยาบาล	พยาบาลทำหน้าที่ประเมิน ติดตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ต่อเนื่องจากระยะควบคุมอาการ ประเมินอาการทางจิต (แบบประเมิน BPRS) และประเมินความเสี่ยง (SAFE Precaution) อาจลดความถี่ในการประเมินได้ เนื่องจากระยะนี้อาการทางจิตลดลงอย่างต่อเนื่อง ร่วมประเมินการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยากับแพทย์และเภสัชกร ประเมินญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ส่วนการทำการรักษาด้านจิตสังคมในระยะนี้ ทำเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยลงให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อลดภาระกลับมาเมื่อกำเริบใหม่ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามศักยภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อโรค/การรักษา พื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้เข้ากับชุมชนและสังคมได้โดยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง มีการทำกิจกรรมที่ชัดเจนมากกว่าระยะควบคุมอาการ เช่น กลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง กลุ่มทักษะชีวิต กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้กับญาติ การจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยตัวผู้ป่วยเอง
2. แพทย์	แพทย์ทำหน้าที่ประเมินผลการรักษา และเฝ้าติดตามอาการ เพื่อประคับประคอง บรรเทาหรือควบคุมอาการทางจิต ลดความเสี่ยงของการกำเริบให้เหลือน้อยที่สุด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษารวมถึงการรักษาต่อเนื่องกับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

วิชาชีพ	หน้าที่
3. นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด/เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด จะมีบทบาทชัดเจนขึ้นมากกว่าจะควบคุมอาการ ช่วยในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ทำหน้าที่ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และความสามารถในการทำงานเบื้องต้น ฝึกทักษะรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น การสร้างสัมพันธภาพทางสังคม การฝึกอุปนิสัยพื้นฐานในการทำงาน พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านและที่ทำงาน
4. นักสังคมสงเคราะห์	นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ติดตามประเมินปัญหาทางสังคมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการป่วยขึ้นของผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องประเมินญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ร่วมวางแผน งานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยให้การปรึกษาทางจิตสังคม จัดกิจกรรมสนับสนุนทางอารมณ์และทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และครอบครัว
5. นักจิตวิทยา	ในระยะนี้นอกจากทำหน้าที่วินิจฉัยทางจิตวิทยาแล้ว จะให้การบำบัดทางจิตรายบุคคล มีการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้การบำบัดทางจิตใจ อารมณ์ ที่มีแบบแผนโครงสร้างมากขึ้น เช่นการทำกลุ่มจิตวิเคราะห์ ละครบจิตบำบัด กลุ่มภาพสะท้อน
6. เภสัชกร	เภสัชกรมีหน้าที่เป็นทีมที่ปรึกษาด้านยา ทำหน้าที่ติดตามการให้ยาอย่างต่อเนื่องจาก ระยะควบคุมอาการ เพื่อติดตามอาการข้างเคียงจากการให้ยา วางแผนการใช้ยาที่จำเป็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล การจัดการรักษาข้างเคียง

วิชาชีพ	หน้าที่
7. พยาบาล จิตเวชชุมชน	<p>ก่อนการจำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาล</p> <p>พยาบาลจิตเวชชุมชนมีบทบาทในการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในการดูแลของญาติ/ผู้ดูแล มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนก่อนจำหน่ายกลับชุมชน การทดลองเยี่ยมบ้านเพื่อดูการป้องกัน หรือการประสานเครือข่าย และรับเป็นที่ปรึกษากรณีมีปัญหาในการดูแล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล เรื่องโรคทางจิตเวชและการดูแล การเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาอย่างมากซึ่งต้องพำนัช พยาบาลจิตเวชชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน ในกรณีผู้ป่วยไม่ยุ่งยากซึ่งต้องพำนัช พยาบาลในหอผู้ป่วยติดตามเยี่ยม</p> <p>หลังการจำหน่ายออกจากการรักษาพยาบาล</p> <p>พยาบาลจิตเวชชุมชน มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้บำบัดทางการพยาบาลในชุมชน โดยการประเมินสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในชุมชน สัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และเครือข่าย รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ ในชุมชน การบำบัดในระยะนี้เน้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้กับเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. อบต. และการให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้กับเครือข่ายด้วย</p>

วิชาชีพ	หน้าที่
8. ทันตแพทย์	ทันตแพทย์มีบทบาทในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมและให้การรักษาตามความจำเป็นรวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการดูแลสุขภาพซึ่งปากของตนเอง
9. วิชาชีพื่อนๆ	มีบทบาทตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา จนอาการดีขึ้นจากระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) เข้าสู่ระยะอาการคงที่ (stable phase) ซึ่งระยะนี้ประเดิ้นสำคัญของปัญหาอยู่ที่การดูแลควบคุมไม่ให้อาการกำเริบรวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข นอกจากรักษาด้วยยาและดูแลผู้ป่วยและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ดังแนวทางการวางแผนจำหน่วยผู้ป่วยจิตเวทในระยะอาการคงที่ (stable phase) ชุดความรู้ที่ 3

บุคความรู้ที่ 3

แนวทางการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิต unrest ระยะอาการคงที่ (Stable phase)

ระยะอาการคงที่ (stable phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถปรับตัวเข้าสังคมและชุมชนได้ อาจจะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้างแต่น้อยมากและไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการใดๆ เลยก็ได้

เป้าหมายการวางแผนจ้างหน่วยผู้ป่วยจิต unrest ระยะควบคุมอาการ

เป้าหมายสำหรับผู้ป่วย คือ การประคับประคอง บรรเทาหรือควบคุมอาการ ลดความเสี่ยงของการกลับมาทำเรื้อรัง สามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ส่งเสริมพื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีอาการทางจิตทำเรื้อรังทั้งการมีคุณภาพชีวิต

เป้าหมายสำหรับญาติ/ผู้ดูแล คือ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การบำบัดรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และสิทธิประโยชน์ในการรักษาต่อเนื่อง

เป้าหมายสำหรับชุมชน/สังคม คือ ประชาชัąนในชุมชนมีทัศนคติที่ดี มีความพร้อม ให้โอกาส รวมทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการวางแผนจ้างหนี้ผู้ป่วยจิตเวชระยะควบคุมอาการ

การประเมินปัญหา ความต้องการเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยในระยะอาการคงที่

1. การประเมินผู้ป่วยจิตเวชระยะอาการคงที่

การประเมินผู้ป่วยระยะอาการคงที่ เป็นการประเมินผู้ป่วยต่อเนื่อง จากระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) การประเมินระยะนี้ เป็นการประเมินดูผลลัพธ์จากการบำบัดรักษาของทีมสหวิชาชีพ การประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยและคนรอบข้างที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับอาการ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และอื่นๆ โดยทีมสหวิชาชีพต้องประเมินติดตามเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบำบัดรักษา เช่น ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลข้างเคียงในเรื่องความต้องการทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศ อาการกดประสาท ปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น เนตรุการณ์ที่อาจทำให้กระบวนการพื้นฟูสมรรถภาพลดลง ซึ่งความถี่ของการประเมินผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วย

แนวทางการประเมินผู้ป่วยจิตเวชระยะอาการคงที่ มีดังนี้

1.1 การประเมินด้านร่างกาย การประเมินด้านร่างกายยังมีความจำเป็นเนื่องจากอาการทางกายมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต จึงต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันหรือหาสาเหตุที่เกิดขึ้นจะได้บำบัดรักษาแต่เนิ่นๆ การประเมินทางร่างกายเหมือนกับระยะให้ยาต่อเนื่อง ซึ่งจะประเมินตั้งแต่สัญญาณชีพ ผิวหนัง การทรงตัว ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับผู้ป่วยที่กลับสู่ชุมชนแล้ว ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล จะต้องสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดการแพ้ยา ผลข้างเคียงของยา หรืออาการผิดปกติอื่นๆ เช่น มีผื่นขึ้น อาการสั่น ลิ้นคัดปาก รู้สึกกระวนกระวายใจ เหงื่ออออกมาก น้ำลายไหลมาก ตาพร่า คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง นอนไม่หลับ เป็นต้น ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายสุขภาพจิต ใกล้บ้านเพื่อมีการแก้ไขในเบื้องต้นก่อน หากไม่ได้ขึ้น ให้มีการส่งต่อให้กับพยาบาลจิตเวชชุมชน หรือแพทย์

1.2 การประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการประเมินเพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนบำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ถูกต้อง เนماะสมรวดเร็วขึ้น

ผู้ป่วย ต้องรู้จักประเมินตัวเอง โดยสังเกตอาการทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิด อารมณ์เศร้า เปื่อยหน่าย ท้อแท้ มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวานระวงมากขึ้น เป็นต้น และความสามารถในการจัดการกับอาการเหล่านี้ได้ด้วยตัวเอง หากไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ควรรีบแจ้งญาติ/ผู้ดูแล เพื่อรับการช่วยเหลือต่อไป

ญาติ/ผู้ดูแล ต้องมีส่วนร่วมในการประเมินผู้ป่วย โดยการซักถามพูดคุย สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเคลื่อนไหว ความคิด การพูด การนอน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และบริการเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายสุขภาพจิต สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน หากไม่ได้ขึ้น ให้มีการส่งต่อให้กับพยาบาลจิตเวชชุมชน

เกื้อตความรู้ :

การประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยบางราย พุดว่า

“ແຍ່ຈັງເລຍ ທຳນາທີ່ນີ້ ຕ້ອງຄອຍຫດບາ ຂອນໆ ເວລາກິນຍາ ເພຣະ ຄໍາເຂົ້າຮ້າວ່າປ່າຍເປັນໂຄຈິຕ ເຊາຈະໄລ່ອອກທັນທີ”

ຢູາຕີ ທຸມໝັນ ເຈົ້າໜ້າທີ່ໃນເຄຣືອຂ່າຍ ແລະພຍາບາລຈິຕເວັບຫຼຸມໝັນ ຈະ ຕ້ອງຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເພື່ອປະເມີນວ່າຜູ້ປ່າຍມີຄວາມກັ້ວລ ຄວາມຮູ້ສຶກດ້ອຍຄ່າ ພົບອາວັນຄວາມຮູ້ສຶກອື່ນໆ ເພື່ອຈະໄດ້ວາງແນ່ນຫາທາງຂ່າຍແລ້ວຜູ້ປ່າຍໄດ້ ອຍ່າງຄວບຄຸມ

1.3 การประเมินด้านสังคม គຽມົກາປະເມີນອ່າງຕ່ອນເນື່ອງ ໂດຍ ການສັງເກດ ແລະພູດຄຸມ ຊຶ່ງກາປະເມີນຈະດູປົງສົມພັນຮົວຮວ່າງຜູ້ປ່າຍດ້ວຍກັນ ຜູ້ປ່າຍກັບທີມສහວິຊາເຊີ່ມ ຜູ້ປ່າຍກັບຢູາຕີ/ຜູ້ດູແລ ກາເຂົ້າຮ້າວ່າມີກິຈກະນົມຕ່າງໆ ກາໃຫ້ກະຫະຕ່າງໆ ໃນໝົວົວປະຈຳວັນ

ເນື່ອຜູ້ປ່າຍກັບໄປອຸ່ນບ້ານ ຢູາຕີ/ຜູ້ດູແລ ເພື່ອນບ້ານ ເພື່ອນ ລ່ວມງານ ເຈົ້າໜ້າທີ່ເຄຣືອຂ່າຍສຸຂພາພິຕ ແລະພຍາບາລຈິຕເວັບຫຼຸມໝັນ ຈະມີ ສ່ວນຮ່ວມໃນກາປະເມີນແລະຮ່ວມກັນວາງແນນໃນກາດູແລຜູ້ປ່າຍ ເພຣະ ຄວບຄວາ ແລະຫຼຸມໝັນຈະໜ່າຍສ່າງເສີມສັບສຳນຸ່ນໃຫ້ຜູ້ປ່າຍພື້ນຟູສມວຽດກາພ ກລັບຄືນສກາພເດີມໄດ້ເວົາ ສາມາດດໍາວັງໝົວົວໃນສັງຄົມໄດ້ຍ່າງມີຄວາມສຸຂ

ເກົ້ດຄວາມຮູ້ :

ສິ່ງທີ່ຜູ້ປ່າຍເລົ່າ ສາມາດບ່ານບອກໄດ້ສິ່ງປົ້ນຫາດ້ານສັງຄົມ ເຊັ່ນ

“ເນື່ອນຍາຈ້າງຮູ້ວ່າກິນຍາໂຄຈິຕ ກີ່ໄມ່ຮັບເຂົ້າທຳນາແລ້ວ”

“ດັນໄນ້ອຍາກອອກໄປໄໜ່ແລຍ”

1.4 การประเมินด้านຈิตວິນຍາ ຕ້ອງປະເມີນອ່າງຕ່ອນເນື່ອງ ແລະສຶກຫາໃຫ້ເຂົ້າໃຈລຶກໜຶ່ງ ຕຶງທີ່ມາຂອງຄວາມເຂົ້ອ ຈຸດໝາຍສຳຄັນ ຂອງໝົວົວ ແລະແໜ່ງທີ່ພົງທາງໃຈຂອງຜູ້ປ່າຍ ຄວບຄວາ ຢູາຕີ/ຜູ້ດູແລ ແລະຫຼຸມໝັນ

การประเมินด้านจิตวิญญาณความเห็นการประเมินด้านความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย และการรู้สึกมีคุณค่า เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการช่วยเหลือ บำบัดทางจิตใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ตามปกติ

เกณฑ์ความรู้ :

การประเมินด้านจิตวิญญาณ ประเมินได้จากประโยชน์ที่ผู้ป่วยพูด

“ฉันหายดีแล้ว พอกับแม่พาไปรดน้ำมนต์มา แล้วบอกฉันว่า nond เคราะห์ nond โครงการเสียที”

“ nond ช่วงนี้หนูต้องถือศีลอด ห้ามกินน้ำลายตั้งแต่ 6 โมงเช้าจนถึง 6 โมงเย็น หนูจะทำอย่างไรดีค่ะ หนูมียาทานตอนมื้อเที่ยงหลังอาหารด้วย”

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต/พยาบาลจิตเวชชุมชน ต้องแสดงความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ต้านทาน เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนทางศาสนา ซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ต้องให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลให้ยอมรับการรักษา และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ด้วย กรณีถือศีลอด อาจปรึกษาแพทย์เพื่อปรับการรักษาและบริรับประทานยา โดยยังดูมีอาการลงวัน และให้รับประทานเป็นมื้อเข้าหรือมื้อยืนแทน เพื่อเป็นการลดความเครียดให้ผู้ป่วยและป้องกันการกำเริบซ้ำ

1.5 การประเมินความเสี่ยง ถึงแม้จะมีอาการทางจิตจะสงบแต่ผู้ป่วยยังต้องได้รับยา เพื่อควบคุมอาการทางจิต ป้องกันอาการทางจิตกำเริบ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระยะยาว รวมถึงอาการผิดปกติอื่นๆ จึงต้องมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยและวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

2. การประเมินญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวทระยะอาการคงที่

ญาติ/ผู้ดูแล มีส่วนสำคัญในการช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะนี้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ความมีการติดตามประเมินญาติ/ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งทัศนคติ อารมณ์ ความรู้สึกทางลบ หรืออคติที่มีต่อผู้ป่วย สัมพันธภาพและการสื่อสารภายในครอบครัว ค้นหาปัญหาความต้องการ หรือความคาดหวังของครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล ความรู้ความสามารถในการดูแล แล้วนำมาร่างแผนการดูแลให้ครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

เกร็ดความรู้ :

“จากการประเมิน ทัศนคติของญาติในบางครอบครัว พบร่วมกับสึกอาย เมื่อมีญาติป่วยเป็นโรคจิต หรือรู้สึกกรธและไม่พอใจเมื่อมีรีต โรงพยาบาลไปส่งบ้าน เป็นสิ่งที่ผู้บำบัดต้องปรับทัศนคติของญาติ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดี”

3. การประเมินชุมชนของผู้ป่วยจิตเวทระยะอาการคงที่

ก่อนกำหนดนัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชชุมชน มีส่วนสำคัญในการประเมิน ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน ทั้งทัศนคติ ความเชื่อของชุมชนต่อการเจ็บป่วยทางจิต แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชน การเข้าถึงบริการหรือแหล่งช่วยเหลือ และความเสี่ยงที่ชุมชนจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา

ระยะอาการคงที่ มุ่งเน้นการประคับประคอง บรรเทา หรือควบคุมอาการ ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตตามปกติ ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

การวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการ

ต้องทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยนำข้อมูลจากการประเมินปัญหาและความต้องการมาวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา กำหนดเป็นแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่นักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ การพื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นที่ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนเป็นหลัก

การดำเนินการตามแผน

ฝึกทักษะต่างๆ ทั้งทางสังคม ทักษะการทำงาน ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้ทั้งผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน การให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษาตามความจำเป็น ระบบการส่งต่อ แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การนำด้วยรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะอาการคงที่

1. การรักษาด้วยยา

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะนี้คือ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การวางแผนการใช้ยาในระยะนี้ จึงต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

1.1 ขนาดของยาต้านโรคจิต

โดยทั่วไปขนาดของยาจะต่ำกว่าระยะควบคุมอาการ ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายที่ยังจำเป็น ต้องใช้ยาในขนาดสูงเพื่อควบคุมอาการ แต่ต่อมาแพทย์จะพยายามลดขนาดยาลงให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดต่ำสุด แต่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา ในระยะนี้พยาบาลจิตเวชชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งต่อข้อมูลเรื่องยา และประสานงานกับญาติ/ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชนของผู้ป่วย

1.2 การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การใช้ยาต้านโรคจิตมีผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบขับถ่าย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งผลข้างเคียงเหล่านี้ จะต้องมีการวางแผนการเฝ้าระวังและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

1.3 การแก้ไขอาการเจ็บป่วยทางจิตที่เหลืออยู่

มักพบว่าผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นลักษณะอาการทางลบและความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive) ที่เหลืออยู่ หากเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่จริง ก็ต้องนำเทคนิคการบำบัดอื่นๆ มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา

1.4 การหยุดการรักษาด้วยยา

ระยะเวลาของการหยุดยาต้านโรคจิตยังไม่มีการกำหนดแน่นอนตามตัว จะต้องพิจารณาจากอาการผู้ป่วย ความเสี่ยงของอาการที่จะกำเริบขึ้นใหม่ การดำเนินชีวิตในสังคม ความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง การต้องต่อการรักษา การหยุดยาต้องเริ่มจากการลดขนาดของยา โดยการลดขนาดยาจะต้องกระทำทีละน้อย ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในเรื่องของอาการเตือนของอาการกำเริบ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การมาพบแพทย์ต่อเนื่อง และต้องมีแผนสำหรับการรับเข้าบำบัดรักษาเมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ทันที

1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบช้า

สาเหตุอันดับแรก เกิดจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีหน่วยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ชนิดของยาที่เลือกใช้ ขนาดของยา ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษา

เกร็ดความรู้:

“ประเด็นที่พบ คือ ผู้ป่วยส่งสัญญาไปกับการรับประทานยา ยามี หลายถุง ไม่รู้จะเลือกรับประทานถุงไหนดี ทั้งยานหางจิตและยาหางกาย ลืมกินยาแล้วว่าทำอย่างไร กินยานานๆ แล้วกลัวติดยา สิ่งเหล่านี้เป็น ประเด็นที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อชัดสิ่งเหล่านี้ให้หมดไป เพื่อเพิ่ม ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง”

2. การรักษาด้านจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการคงที่

การรักษาด้านจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นในเรื่องการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวเพื่อให้อยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข สำหรับญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนจะเน้นการดูแลผู้ป่วยใน เรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม และการทำงาน

2.1 การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล

2.1.1 การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคลในผู้ป่วย เพื่อ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทีมสหิชาชีพต้องนำปัญหานั้น มาวางแผนให้เหมาะสมสมกับผู้ป่วย แนวทางในการบำบัดรายบุคคลควรเริ่ม ตั้งแต่การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิต การใช้ยา การให้การปรึกษาเพื่อให้ ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง การฝึกทักษะที่ จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ บกพร่อง เช่น ทางการศึกษา ทางสังคม และอาชีพ รวมทั้งการฝึกทดลองให้ ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน การลงไบเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหลังจากหายในรายที่จำเป็น

เกร็ดความรู้:

“การวางแผนให้เหมาะสมสมกับผู้ป่วยรายบุคคล ผู้ป่วยบางรายมี อาร์เชียของในช่วงกลางคืน กินยาท่อนอนเหมือนอยู่โรงพยาบาล ไม่ได้ ต้องขายของเล่นไม่ได้กินยา จะเป็นต้องปรับเวลาการกินยาให้ เหมาะสมสมกับอาร์เชียของผู้ป่วย”

2.1.2 การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคลในญาติ มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อปรับ และเสริมสร้าง ทัศนคติทางบวกแก่ญาติ/ผู้ดูแล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเจรจาต่อรองกับผู้ป่วย การให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตและเหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นต้น

2.2 การรักษาด้านจิตสังคมแบบกลุ่ม

2.2.1 การรักษาด้านจิตสังคมแบบกลุ่มในผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ลดความบกพร่องของทักษะทางสังคม แนวทางในการทำกลุ่มบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมแบบกลุ่มที่จำเป็น เช่น การให้การปรึกษา เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยแยกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากผู้ป่วยอื่นในชุมชนเกี่ยวกับธีม การแท็กซี่ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่ม psycho-education เรียนรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือน การฝึกทักษะการจัดรายการอาหารตามสูตร และการประยุกต์ใช้ยา ทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันในชุมชน การเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย สองเสริมให้ผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนาน ควรฝึกทักษะการเตรียมความพร้อมก่อนออกชุมชน เช่น การทดลองเยี่ยมบ้าน การทดลองอยู่ในชุมชนจำลอง เป็นต้น

เกร็ดความรู้ :

ผู้ป่วยเรียนรู้ความสำคัญของกลุ่มบำบัด โดยบอกถึงความรู้สึกหลังเข้ากลุ่มกิจกรรมว่า “ที่ผ่านมาหลีกเลี่ยงการเข้ากลุ่ม เพราะไม่อยากพูดคุยปัญหาให้กับคนอื่นรู้ แต่รู้แล้วว่าการเข้ากลุ่มทำให้สบายใจขึ้น ได้พูดคุยกับเพื่อนๆ ทำให้รู้ว่าคนเรามีปัญหาทุกคน แต่แตกต่างกันไป ทำให้ได้แนวคิดในการแก้ปัญหา เมื่อก่อนมองด้านเดียวว่าเราแย่แล้ว แก้ปัญหาไม่ตกร มาก่อนนี้รู้สึกโล่งขึ้นมากเลย และรู้ว่ายังมีคนดีมาก มากกว่าเราอีก เราจึงดีกว่าบางคนอีกนะ คิดได้อย่างนี้มีกำลังต่อสู้ชีวิตได้อีกนาน รู้อย่างนี้เข้ากลุ่มเสียนานแล้ว”

2.2.2 การรักษาด้านจิตสังคมรายกลุ่มในญาติ/ผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการให้กำลังใจจากญาติผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น กลุ่มการให้การบริการ Self-help group ชุมชนญาติผู้ป่วยจิตภาพ และองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน การให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่ม psycho - education โครงการ family link

เกร็ดความรู้:

ความรู้สึกของญาติหลังจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด

“การได้มาร่วมกิจกรรมของเครือข่ายครอบครัวแล้ว ฉันรู้สึกว่าตนเองได้ปลดปล่อยจากความทุกข์มากเลย เพราะตั้งแต่ลูกป่วยทางจิตมาเกือบปี เหมือนตกอยู่ในห้องของความทุกข์อย่างบอกไม่ถูกเลย ไม่เข้าใจว่าความรู้สึกที่ผ่านมาเป็นอย่างไร แต่หลังจากมาเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายครอบครัวแล้วได้พูดคุยกับญาติของผู้ป่วยอื่นแล้ว ทำให้ฉันเข้าใจตนเอง เข้าใจลูกมากขึ้นกว่าก่อนมาก ลดความขัดแย้งในใจกับตนเองและกับคนในครอบครัวได้ ทำให้ได้มุมมองในการมองชีวิตหลายๆ อย่าง รู้สึกได้ปลดปล่อยความทุกข์ออกจากตัวเองได้ มีกำลังใจจะอยู่ในโลกต่อไปอย่างไม่ท้อแท้กับชีวิตอีก”

2.3 การรักษาด้านจิตสังคมในชุมชน

การรักษาด้านจิตสังคมในชุมชนในระยะนี้ เป็นการบำบัดเชิงรุกทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีแนวทางให้การบำบัดที่หลากหลาย เช่น การปรับและเสริมสร้างทัศนคติทางบวกแก่ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน การประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การให้การบริการทาง思想政治 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการแก้ปัญหาภาวะวิกฤต และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในรายที่จำเป็น เช่น ด้านเศรษฐกิจ คดอยให้การสนับสนุน การจ้างงาน ส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วยมีงานทำโดยชุมชนมีส่วนร่วม การเจรจาต่อรองกับชุมชนเพื่อให้

โอกาสผู้ป่วยอยู่ในชุมชน การขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การลงเยี่ยมบ้าน เยี่ยมชุมชนและเครือข่าย รวมทั้งการส่งต่อเครือข่าย ในพื้นที่ของผู้ป่วย รวมทั้งการหาที่อยู่ใหม่ในรายที่ญาติไม่สามารถดูแลได้

การประเมินผลในระยะอาการคงที่

การประเมินผลกระทบระยะอาการคงที่ ต้องประเมินว่าได้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ร่วมกันหรือไม่ และเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ โดยมีการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว

1. การประเมินผลกระทบระยะสั้น สามารถประเมินได้ทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

- **ผู้ป่วย** อาการทางจิตทุเลา สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมรอบข้างได้ และมีความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่เดิมหรือก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเพิ่มขึ้นในบางด้าน หลังได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพในด้านน้ำใจ ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถในการแก้ไขปัญหา มีทักษะชีวิตที่จำเป็น หรือทีมสหวิชาชีพได้ให้การบำบัดทักษะที่บกพร่องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

- **ญาติ/ผู้ดูแล** มีความรู้ ทัศนคติและทักษะบางอย่างที่จำเป็น เพื่อการดูแลผู้ป่วย

- **ชุมชน** มีความพร้อมในการยอมรับผู้ป่วย และร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง

- **ทีมสหวิชาชีพ** สามารถให้การดูแล ส่งเสริมศักยภาพ และพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้

2. ประเมินผลระยะยาว เป็นการติดตามผลในชุมชนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป้าหมายตรงกับระยะให้ยาต่อเนื่อง คือผู้ป่วยไม่กลับมาอีก 28 วัน สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติในชุมชนและมีคุณภาพชีวิต

**ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะอาการคงที่
(stable phase)**

วิชาชีพ	บทบาท/หน้าที่/กิจกรรม
1. พยาบาล จิตเวชชุมชน	<p>ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้พยาบาลจิตเวชชุมชนมีบทบาทหน้าที่ ในการประสาน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้กับชุมชน และเครือข่าย รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา สงเสริม สนับสนุน ให้แก่ ญาติ/ผู้ดูแล และ ชุมชน</p> <p>หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาล จิตเวชชุมชนมีบทบาทหน้าที่ เป็นผู้นำบัด�始การพยาบาลใน ชุมชน การบำบัดในระยะนี้เน้นการประคับประคอง บรรเทา หรือควบคุมอาการ สงเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้ สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ในชุมชน ให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ประสานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาอีกครั้งซ้ำ</p>
2. นักกิจกรรม บำบัด	นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยการประเมินความ สามารถและที่ฟื้นฟูสมรรถภาพการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม และในการทำงานอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย เช่น การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการทำงานฟื้นฟูงาน ทักษะ การจ้างงานในชุมชน
3. นักสังคม สงเคราะห์	นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ติดตามประเมินปัญหาทางสังคม อันเป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งเสริมการกลับมาอีกครั้งซ้ำของผู้ป่วย โดยการประเมินร่วมกับพยาบาลจิตเวชและเครือข่ายในชุมชน การให้การปรึกษาควรคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี

วิชาชีพ	บทบาท/หน้าที่/กิจกรรม
	ความเชื่อ ทัศนคติ การรับรู้ ของญาติ/ผู้ดูแล ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ รวมทั้งข้อจำกัดในผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม สหวิชาชีพ คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนการจ้างงานโดยชุมชน รวมถึงการสนับสนุน การจัดตั้งองค์กรเครือข่าย ชุมชนญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4. พยาบาล ในห้องผู้ป่วย	กรณีผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล พยาบาลในห้องผู้ป่วยจะยังคงมี บทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล เป็นผู้ประเมินร่วมกันใน ทีมสหวิชาชีพและญาติ/ผู้ดูแล และต้องติดตามประเมินปัญหา กาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และความเสี่ยงอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลง ของอาการและการดำเนินชีวิตในชุมชน การให้ความรู้กับ ครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การฝึกทักษะ ทางสังคม การส่งเสริมเชาว์ปัญญา การบำบัดผู้ป่วยรายบุคคล
5. เภสัชกร	เภสัชกรมีบทบาทมากในระยะนี้ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ด้านยาในชุมชน โดยมีการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อ เนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ให้การปรึกษาความรู้เรื่อง การใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้และการติดตามการออกฤทธิ์ ของยา
6. แพทย์	ในระยะนี้แพทย์มีบทบาทน้อยลง การประเมินเพื่อการรักษาอย่าง จำเป็นในการป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ การให้ผู้ป่วย และญาติได้รับรู้ประโยชน์จากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกระบวนการการดูแลรักษา ทำให้เกิดความ ร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมากขึ้น

บุคความรู้ที่ 4

แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้พัฒนาชุมชน และสังคม

การช่วยเหลือผู้พัฒนาชุมชน และสังคมนั้น เป็นสิ่งจำเป็นที่ทีมสหวิชาชีพต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้พัฒนาชุมชน และสังคม (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) มีทัศนคติที่ดี และมีความเข้าใจในการจัดการกับโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น สิ่งที่ต้องทำ คือ การสำรวจความต้องการและคาดหวังผู้พัฒนาชุมชน และสังคม รวมถึงผู้ปฏิบัติงาน (ในที่นี้ คือ โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต 13 แห่ง) เพื่อสรุปผลเป็นแนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยชุดความรู้นี้ ได้แบ่งแนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้พัฒนาชุมชน และสังคม และแบ่งความต้องการและความคาดหวังเป็นด้านต่างๆ สำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้พัฒนาชุมชน และสังคม

แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท

ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>1. ด้านการเข้าถึงบริการ</p> <p>1.1 การสนับสนุนด้านยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้โรงพยาบาล ใกล้บ้านให้ยาเมื่อ กับที่โรงพยาบาลจิตเวชเดิมเคยให้ไม่ต้องการเปลี่ยนยาบ่อยๆ - ต้องการให้มีบริการฉีดยาที่บ้าน และส่งยาไปให้ที่บ้านทางไปรษณีย์ <p>1.2 การช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้พ. ใกล้บ้านมีบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช - มีปรึกษาเมื่อมีปัญหาวิกฤติทางจิตเวช เช่น เวลา มีอาการชู เมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ 	<ul style="list-style-type: none"> ● อธิบายวิธีการรับยาต่อเนื่องตามสิทธิประกันสุขภาพที่มีอยู่ ● ทีมผู้รักษาอธิบายเหตุผลในการปรับเปลี่ยนยาแต่ละครั้งให้ผู้ป่วยทราบ ● ให้ข้อมูลในการเปลี่ยนสิทธิการรักษา เป็นบัตรทองผู้พิการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลหลัก ● ให้คำแนะนำ/ช่วยหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพ ● ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาล ใกล้บ้าน/โรงพยาบาลตามสิทธิ ● ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้โรงพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง ● มีบริการให้คำปรึกษา hotline 24 ชั่วโมง กรุณาระบุปัญหาสุขภาพ
<p>2. ด้านข้อมูลการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>2.1 ต้องการความรู้เรื่องโรคและการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการของโรคจิตเภท การดำเนินโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษา

ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเกต	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>- การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลา การรักษา</p> <p>2.2 ต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเกต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้สอนวิธีการจัดยา รับประทานด้วยตนเอง - การดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค - ระยะเวลาการะรักษา - ผลข้างเคียงของยา และวิธีการจัดการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษาทั้งรายบุคคล/กลุ่ม ● ค้นหาสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าเมื่อใน การรักษา ● ให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง และผลข้างเคียงจากการใช้ยา/อาการแพ้ยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ● เมื่อมีอาการไม่สุขสบายจากยาหรือมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้แจ้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับการรักษา ● เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมผู้รักษา ปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่นการให้ยาตามโภชนาคนิດจีดในรายที่ปฏิเสธยาหรับประทาน ● ให้ความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยาผลข้างเคียงจากการรับประทานยาและอาการแพ้ยา ● ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธี/เวลาในการรับประทานยา และเหตุผลที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ● ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยาทั้งรายบุคคล/กลุ่ม ● ฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเองโดยพยายามลดความดูแลให้

ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วยจิตเวช	แนวทางการช่วยเหลือ
	<p>คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องในรายที่อ่านหนังสือไม่ได้ ให้ใช้สัญลักษณ์แทน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด ● ค้นหาบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจเพื่อช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา
<p>3. ต้องการมีทักษะในการจัดการกับอาการที่ผิดปกติของตนเองได้</p> <p>3.1 การจัดการกับอาการที่ผิดปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถจัดการกับอาการที่ผิดปกติของตนเองได้โดยไม่ต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีก <p>3.2 การจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิธีการจัดการกับความเครียด/อารมณ์ก่อร้าย - วิธีการควบคุมพฤติกรรมตนเอง - วิธีการเลิกใช้สารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ยาบ้า 	<ul style="list-style-type: none"> ● สอนให้รู้จักสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากเดิม โดยยกตัวอย่างประกอบ ● ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด อารมณ์ก่อร้ายทั้งวิธีการระบายออกอย่างเหมาะสม ● ฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ● ให้คำแนะนำวิธีจัดการเบื้องต้น เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น น้ำลายไหล พุดลินรัว ลิ้นแข็ง ตาแข็ง ตัวแข็ง ฯลฯ ● ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยให้ทราบถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองและผู้อื่นในการแสดงอาการณ์ก่อร้ายหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภท	แนวทางการช่วยเหลือ
	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้ ความเข้าใจถึงโภชนาศึกษาดูแลและการใช้สารเสพติด ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ● ปรับเปลี่ยนความคิดและสิ่งกระตุ้นให้คันหาเป้าหมายในชีวิต/สิ่งที่ดีให้หายใจดี เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ
<p>4. ด้านครอบครัว/ชุมชน</p> <p>4.1 ต้องการการยอมรับจากครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้ครอบครัวยอมรับ และให้ออกาส - ไม่อยากออกอยู่พ.นานา อย่างกลับไปอยู่กับครอบครัว - ต้องการมีคนรัก ต้องการแต่งงาน - ไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว <p>4.2 ต้องการการยอมรับจากชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีงานทำเมื่อออกจากกรุงเทพฯ - ต้องการให้คนรอบข้างเข้าใจ - ต้องการมีชีวิตเหมือนคนปกติ - ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม - ต้องการความปลดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ผู้ป่วยค้นหาจุดเด่นของตนเอง แม้จะเป็นจุดเล็กๆ ก็ตาม และสนับสนุนให้ค่อยๆ ปรับตัว ชุมชนเชยและให้กำลังใจ ● ให้คำปรึกษาวางแผนครอบครัว (family planning) ● แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน เช่น ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย ช่วยเหลืองานบุญอื่นที่สามารถทำได้ เช่น ช่วยงานบุญต่างๆ ● บอกให้ผู้ป่วยรู้ถึงความสามารถของตนเองที่ทำได้ สร้างความมั่นใจในการพูดคุยและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ● หากคนที่ตนเองไว้วางใจเพื่อปรึกษา/ระบายความรู้สึก เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ● สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในภารกิจตัวอย่างเหมาะสม เช่น

ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วยจิตเวช	แนวทางการช่วยเหลือ
	การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การอยู่ร่วมกับคนอื่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
<p>5. ด้านเศรษฐกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้มีสวัสดิการทางสังคมเรื่อง สิทธิการรักษาพื้นดินด้ไป - มีศักยภาพทำงานได้ เลี้ยงตัวเองได้ - ต้องการมีอาชีพที่มั่นคง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาด่างๆ (ตั้งสังกัด ประจำกับสังคม บัตรทอง บัตรผู้พิการ บัตรทหารผ่านศึก) ● ให้ข้อมูลการแจ้งขอใช้สิทธิ การเปลี่ยนสิทธิเพื่อประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วย ● ประเมินความตั้งใจ/ความต้องการในการทำงานของผู้ป่วย ● พยายามค้นหาในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้และช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวตามความสามารถ แล้วปรับเปลี่ยนความคาดหวัง ในตัวเองให้เหมาะสมตามระดับความสามารถ ● ให้การพัฒนาสมรรถภาพรายบุคคล/กลุ่ม โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะด้านการทำงาน เช่น งานบ้าน งานหัตถกรรม งานเกษตรกรรม งานค้าขาย ● ประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ภาครัฐ เพื่อหาแหล่งฝึกทักษะการประกอบอาชีพ และสถานที่ทำงานให้กับผู้ป่วย ● มีทีมผู้รักษาติดตามประเมินผลและค่อยๆ ให้ความช่วยเหลือ จนผู้ป่วยพร้อมที่จะทำงาน

แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแล

แบ่งเป็น 7 ด้าน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของญาติ/ผู้ดูแล

ความต้องการและความคาดหวัง ของญาติ/ผู้ดูแล	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>1. ด้านการเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการให้มีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชใกล้บ้าน - ต้องการได้รับคำปรึกษา/ช่วยเหลือในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤติ - ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย - ต้องการรับรู้ข้อมูล แผนการรักษาของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชาสัมพันธ์การบริการ/ขั้นตอนการรับบริการ ● ให้ญาติได้เข้ากลุ่มญาติ เพื่อการช่วยเหลือทางจิตใจซึ่งกันและกัน ได้แก่ self-help group ● สอนทักษะการจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง ● การให้การปรึกษา เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลจัดการกับความรู้สึก และปัญหาของตนเอง ● การเสริมพลัง (empowerment) เพื่อเสริมสร้างการจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ● จัดให้เข้าร่วมชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจัดโดยองค์กรภาครัฐ และเอกชน ● มีทีมเยี่ยมเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจกับครอบครัว พร้อมประเมินความต้องการและให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ● มีช่องบริการทางด่วนเมื่อญาติ/ผู้ดูแลขอรับบริการฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการวิกฤต ● พัฒนาระบบจิตเวชชุมชน หรือจัดเป็น mobile clinic

ความต้องการและความคาดหวัง ของญาติ/ผู้ดูแล	แนวทางการช่วยเหลือ
	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ข้อมูลและแนะนำการสิทธิบัตรต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิต ได้สะดวกรวดเร็วขึ้น ● พัฒนาบุคลากรสุขภาพจิตให้มีทักษะ การให้คำปรึกษาญาติ/ผู้ดูแล และการให้องค์ความรู้เกี่ยวกับยา
<p>2. ต้องการข้อมูลการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการความรู้เรื่องโรคและการรักษา - แผนการรักษาและยาที่ได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดโปรแกรมการให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับ โรคจิตนาท อาการ สาเหตุ การรักษา ปัจจัยที่ทำให้ป่วย ฯลฯ และการป้องกัน เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลเกิด ทัศนคติที่ดี ยอมรับ มีความเชื่อต่อการ เจ็บป่วยที่ดี เกิดความร่วมมือในการ รักษา ● สอนผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับยา ที่ใช้ความจำเป็นในการใช้ยาข้อควรระวัง ผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจจะ เกิดขึ้น และวิธีการจัดการ ● พัฒนาระบบเครื่องช่วยให้บุคลากร สุขภาพจิตมีทักษะการให้การปรึกษา และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยา พัฒนาระบบการจ่ายยาต่อเนื่อง ● ให้ข้อมูลการจัดหาสถานบริการ แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน เพื่อความสะดวก ใน การรับยา

ความต้องการและความคาดหวัง ของญาติ/ผู้ดูแล	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>3. ต้องการรู้วิธีการจัดการกับอาการ ผิดปกติของผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ความรู้กับญาติ/ผู้ดูแลเรื่องการสังเกต อาการ และ การจัดการกับอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้น ● การสอนผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในการ สังเกตอาการเตือนล่วงหน้า ก่อนจะมี อาการกำเริบของโรค เช่น ภาวะตึงเครียด กระบวนการหาย ซึ่งควรรู้ นอนไม่หลับ เป็นต้น เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ให้พา ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์ ● พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความอื่ออาห ● ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด พฤติกรรมรุนแรง เก็บสิ่งของที่ผู้ป่วย อาจใช้เป็นอาวุธ ให้มีติด ● ตามญาติ/ผู้ดูแลที่เป็นผู้ชาย ที่อยู่ใกล้ มาช่วยกำกับดูแลในช่วงที่มีผู้ป่วย ● ประสานกับชุมชน เช่น อบต. กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ เจ้าหน้าที่อนามัย เพื่อขอความช่วยเหลือ ส่งต่อผู้ป่วย มาโรงพยาบาล ● เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมวางแผนดูแล จัดหาบุคคลที่ สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ กรณีที่ ผู้ป่วยหาดระแวงญาติ/ผู้ดูแล อาจจัดหา คนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลในสถานีอนามัย มาช่วยในการ จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน ● ที่มีจิตเวชลงเยี่ยมน้ำหนัก สนับสนุนให้ กำลังใจ และ ร่วมหารแนวทางในการ แก้ปัญหา

ความต้องการและความคาดหวัง ของญาติ/ผู้ดูแล	แนวทางการช่วยเหลือ
4. ต้องการให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> แนะนำให้ญาติ/ผู้ดูแลเข้าใจ วิธีการดูแล กำกับ ติดตาม ให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างถูกวิธี และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จัดหาคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มาร่วมดูแลในการให้ผู้ป่วยรับประทานยา
5. ต้องการแนวทางการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกใช้สารเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> แนะนำญาติให้พูดคุย อธิบายเหตุผล ให้ผู้ป่วยฟังด้วยท่าทีเป็นมิตร ให้ความรู้เรื่องโทษของสารเสพติด/ทักษะปฏิเสธการหลอกลวง แนะนำญาติในการชี้ชั้นชุมเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคมที่ผู้ป่วยอยู่ นำมาร.getIntegerพยาบาลเพื่อเข้ากลุ่มบำบัด/กลุ่มกิจกรรม
6. การเตรียมทักษะการดูแลตนเองและงานอาชีพให้ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> สอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย สอนทักษะการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในกิจกรรมครอบครัว การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การทำงานที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำ แนะนำและให้ข้อมูลญาติ/ผู้ดูแล เรื่อง แหล่งฝึกอาชีพ/สถานประกอบการที่รับผู้ป่วยจิตเวชเข้าทำงาน

ความต้องการและความคาดหวัง ของญาติ/ผู้ดูแล	แนวทางการช่วยเหลือ
7. ญาติมีความเครียดและเบื่อหน่าย ในการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ให้การปรึกษาครอบครัว ส่งเสริมญาติเข้ากลุ่มญาติ เพื่อการช่วยเหลือทางจิตใจ ซึ่งกันและกันได้แก่ self-help group สอนทักษะการจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง การให้การปรึกษา เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลจัดการกับความรู้สึก และปัญหาของตนเอง การเสริมพลัง (empowerment) เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย จัดให้มีเวทมนตร์ชุมนุมญาติผู้ป่วยจิตแพทย์ซึ่งจัดโดยองค์กรภาครัฐ และเอกชน มีทีมสุขภาพเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมกำลังใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง

แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของชุมชน

แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของชุมชน

ความต้องการและความคาดหวัง ของชุมชน	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>1. การเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการมีระบบการดูแลผู้ป่วย จิตภาพร่วมกับโรงพยาบาลและ ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสานเครือข่าย จัดทำทะเบียนผู้ป่วย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ● พัฒนาระบสส่งต่อผู้ป่วยจิตภาพเป็น แบบ two way communication ถึง โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลเครือข่าย และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ● มีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการส่งต่อที่ ครบถ้วนชัดเจน ● มีระบบการติดตามผู้ป่วยจิตภาพ และ ประเมินผลเป็นระยะ ● ประสานแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือ เมื่อ^{อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน} ● เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยการ ให้ข้อมูล ความรู้ และส่งเสริม ทักษะ ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตภาพ และครอบครัว ● จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ case management ● มีแนวทางการประสานการช่วยเหลือ ระหว่างเครือข่าย กับ case manager ● ร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพในการเตรียมผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน โดยมุ่งเน้น การสร้าง-

ความต้องการและความคาดหวัง ของชุมชน	แนวทางการช่วยเหลือ
	สัมพันธภาพในชุมชน/ฝึกศูนย์สัญญาณในการทำงาน พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวที่บ้านและที่ทำงาน
2. ต้องการมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> ● การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปกับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ● จัดทีมจิตเวชลงไปให้บริการในโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ● ประสานเครือข่ายชุมชน ให้เจ้าของพื้นที่รับผิดชอบต่อเนื่อง ● ให้ความรู้จ้างหน้าที่เครือข่าย และส่งผู้ป่วยให้ดูแลต่อเนื่อง ● มีระบบ consult สำหรับบุคลากรเครือข่าย ในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน ● สนับสนุนยานจิตเวชใหม่ๆ แก่โรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อรองรับบุญเชียจิตเวช ปรับยาให้ตรงกัน
3. เครือข่ายต้องการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ● รณรงค์ประชาสัมพันธ์การให้ความรู้ เรื่องโรค /ผู้ป่วยจิตเวช แก่ประชาชน ผ่านสื่อทุกช่องทาง เช่น วิทยุชุมชน เดี๋ยงตามถ่าย ● นำเสนอบุคลากรด้วยตัวอย่าง ที่ให้การยอมรับ ช่วยเหลือ ให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวช ผ่านสื่อ ● จัดซ่องทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาทาง

ความต้องการและความคาดหวัง ของชุมชน	แนวทางการช่วยเหลือ
	<p>แก้ไขปัญหาร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย จิตภาพในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีระบบ hotline และมีแหล่งบริการ ข้อมูลในชุมชน ● ประเมินความเสี่ยงในชุมชน ● แนะนำแหล่งสนับสนุนในชุมชน เมื่อ ต้องการความช่วยเหลือ ให้ความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ของญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน
<p>4. ต้องการมีผู้รับผิดชอบดูแล ช่วยเหลือในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการประชุมเครือข่าย บริการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตภาพ ● สนับสนุนบุคลากรในเครือข่าย เข้ารับการศึกษา เพิ่มเติมในหลักสูตร การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลเฉพาะทาง ● สนับสนุนคู่มือเตรียมความพร้อมใน ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลัง ออกจากโรงพยาบาล ● จัดโปรแกรมการให้ความรู้กับชุมชน ในเรื่องโรค การดูแล การป้องกันการ กลับมาวัยชาช่า ● นิเทศงานผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ และอาสาสมัคร ใน การดูแลผู้ป่วย ● จัดอบรมแกนนำชุมชน օสม. เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตภาพ เช่น การ ให้คำปรึกษา ทักษะการเจรจาต่อรอง

แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของสังคม

แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 แนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของสังคม

ความต้องการและความคาดหวัง ของสังคม	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>1. ด้านการเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการข้อมูลของข่าวสารบริการ แหล่งช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา - ต้องการเทคโนโลยีที่ผลิตขึ้นโดย กรมสุขภาพจิตและสถานบูรณะ สาธารณสุขในสังกัดกรมสุขภาพจิต และมีการสนับสนุนให้มีการนำไปใช้ อย่างจริงจัง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสานกับสื่อต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรทางด้านสาธารณสุข ประจำฯ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและลดอคติ (de-stigmatization) ต่อผู้ป่วยจิตเภท ● สนับสนุนให้มีการเผยแพร่ 公报 สุขภาพจิต เพื่อให้สังคมได้รับรู้ถึง ความสำคัญและเกิดการยอมรับ ตามสิทธิ์ที่ผู้ป่วยควรได้รับ ● ให้การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในสถาน ศึกษา ด้วยการจัดกิจกรรมรณรงค์ เพื่อ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
<p>2. การส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรม ทางสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสานงานกับทีมสุขภาพจิตในชุมชน จัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมสร้าง ความเข้าใจ ลดอคติ (de-stigmatization) ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชและ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น การแสดงศักยภาพของ ผู้ป่วยต่อสาธารณะ การแสดงดนตรี ในงานกิจกรรมของชุมชน

ความต้องการและความคาดหวังของสังคม	แนวทางการช่วยเหลือ
	<ul style="list-style-type: none">● สร้างเสริมสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตภาพเข้าไปอยู่ในนโยบายหรือแผนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ● จัดกิจกรรมเชิดชู ยกย่องผู้ที่เป็นแก่นนำในการดูแลผู้ป่วยจิตภาพในชุมชนให้เป็นบุคคลด้วยอย่าง

บุคความรู้ที่ 5

องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับ การวางแผนจ้างหน่วยพัฒนาชุมชน

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวท

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวทแต่ละระยะ

1. การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวทระยะควบคุมอาการ (acute phase)

วัตถุประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้ คือ การทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด โดยลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการทางด้านอารมณ์ ความก้าวกระโดด อาการตื่นตกใจ ลักษณะอาการทางลบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น และปฏิบัติภาระงานของตนเองได้อย่างรวดเร็ว โดยมีหลักการพิจารณาการรักษาด้วยยา ดังนี้

1.1 การประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยา ก่อนการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยควรจะได้รับการประเมินเบื้องต้นจะช่วยให้รู้ถึงพื้นฐานอาการของผู้ป่วย สามารถแยกโรคทางร่างกายและอาการทางระบบประสาทที่มีอาการทางจิตออกก้าไป

การประเมินก่อนการให้ยา ประกอบด้วย

- ประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช
- ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย
- การตรวจร่างกาย/สภาพจิต

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น complete blood count, blood chemistry, urinalysis, drug screening, liver function, renal function, thyroid function, การทำ EEG, MRI หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ซึ่งควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้

5. ประวัติความร่วมมือในการใช้ยา

6. ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค

1.2 การเริ่มต้นให้ยา ควรมีการพูดคุยถึงผลข้างเคียงแบบเดียบพลันที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ หน้ามืดวิงเวียน อาการทางระบบประสาท ปัญหาการวนอน ผลข้างเคียงในลักษณะตัวแข็งเกร็ง มือสั่น (extrapyramidal) อาการคอบิด ตัวบิด ลิ้นคับปาก (dystonia) การที่ผู้รักษาガล่าวถึงผลข้างเคียงเดียบพลันที่มีโอกาสเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยฟังนั้น พบว่า มีข้อดีที่ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้นี้ไปใช้ในการระบุอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง และรายงานอาการนั้นแก่แพทย์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและมีความร่วมมือในการใช้ยา

1.3 การให้ยาในสภาวะฉุกเฉิน การรักษาด้วยยาอย่างรวดเร็วในสภาวะฉุกเฉินเลือกว่าเป็นเรื่องจำเป็น ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นหรือสิ่งที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยอาจตื่นกลัวและปฏิเสธ การให้ยาต้านโรคจิตหรือยาคลื่น benzodiazepines สามารถช่วยลดระดับความตื่นกลัวของผู้ป่วยลงได้ หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับยาโดยการรับประทาน อาจพิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตทั้งกลุ่มแรก (first - generation) หรือกลุ่มใหม่ (second - generation) ศูตราชอกฤทธิ์สันโดยการฉีด (เช่น haloperidol, olanzapine) โดยอาจจะใช้ร่วมหรือไม่ร่วมกับยา benzodiazepine ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อยับยั้งการตื่นกลัวของผู้ป่วยในภาวะเดียบพลัน หรืออาจใช้ยาที่ละลายเร็วและสามารถให้ทางปากกับผู้ป่วยได้ เช่น risperidone

1.4 การเลือกใช้ยาต้านโรคจิต ปัจจุบันยาต้านโรคจิตแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า (first - generation หรือ conventional หรือ typical antipsychotic) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (second - generation หรือ atypical antipsychotic) ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ทั้งรูปแบบยา รับประทาน และยาฉีด ดังแสดงในตารางที่ 9 นอกจากนี้ ยังแบ่งยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าตามความแรง ดังแสดงในตารางที่ 10

ส่วนใหญ่ยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพคล้ายคลึงกันในการลดอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แม้จะมีหลักฐานว่า clozapine มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตภาพที่ตอบสนองไม่ดีต่อยารักษาโรคจิตชนิดอื่นๆ แต่การพิจารณาเลือกใช้ยาต้านโรคจิตต้องคำนึงถึงคุณสมบัติอื่นๆ ของยา ร่วมกับลักษณะอาการของผู้ป่วย และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแนวทางการวางแผนการเลือกใช้ยาต้านโรคจิตให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น โดยทั่วไปจะพิจารณาเลือกบนพื้นฐานของสิ่งต่อไปนี้

1. อาการเป้าหมายที่จะต้องให้การรักษา
2. ประวัติการตอบสนองต่อยา ก่อนหน้านี้
3. ความทนได้ต่อยา (tolerability)
4. ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ของยา (side - effect profile)
5. แนวทางการบริหารยา (intend route of administration)
6. ความต้องการของผู้ป่วย
7. แผนการรักษาจะระยะยาว
8. ราคายา เหตุผลทางเศรษฐกิจ
9. เส้นทางของการบริหารจัดการของสถานบริการทางการแพทย์นั้นๆ

ตารางที่ 9 ยาต้านโรคจิตที่ใช้ป่วย (commonly used antipsychotic medications)
(ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

ยา抗จิตเวช	ช่วงขนาดของยาที่แนะนำให้ใช้รักษา (มิลลิกรัมต่อวัน) ^a	ฤทธิ์เทียบเท่ากับยา chlorpromazine (มิลลิกรัมต่อวัน) ^b	ครึ่งอายุ (ชั่วโมง) ^c
ยา抗จิตกสุ่มเก่า (first - generation agents)			
ชนิด phenothiazine			
- chlorpromazine	300-1000	100	6
- thioridazine	300-800	100	24
- perphenazine	16-64	10	10
- trifluoperazine	15-50	5	24
- fluphenazine (ในประเทศไทยไม่มีชนิด รับประทาน)	5-20	2	33
- mesoridazine (ไม่มีในประเทศไทย)	150-400	50	36
ชนิด butyrophenone			
- haloperidol	5-20	2	21
ยา抗จิตกลุ่มใหม่ (second - generation agents)			
- clozapine	150-600		12
- risperidone	2-8		24
- olanzapine	10-30		33
- quetiapine	300-800		6
- ziprasidone	120-200		7
- aripiprazole	10-30		75

หมายเหตุ a = ช่วงขนาดของยาที่แนะนำให้ใช้รักษา ประยุกต์มาจากผลที่ได้จากการวิจัยจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2003 ราย แล้วให้ออกแนะนำ

b = ฤทธิ์เทียบเท่ากับยา chlorpromazine ซึ่งใช้เป็นตัวแทน ขนาดยาที่ประมวลผลเท่ากับ
ขนาดยา chlorpromazine ขนาด 100 มิลลิกรัม (สัมพันธ์กับความรุนแรงในการ
ออกฤทธิ์) สำหรับฤทธิ์เทียบเท่ากับยา chlorpromazine ไม่เทียบพันกับยา抗ช้าโดยคิด
กลุ่มใหม่ ดังนั้นจึงไม่มีการเบริกขบดเทียบความรุนแรงในการออกฤทธิ์ของยา抗ช้า
โดยคิดกลุ่มใหม่กับยา chlorpromazine

c = ครึ่งอายุของยา คือ จำนวนเวลาที่ต้องการใช้สำหรับการทำให้ความเข้มข้นของยาในพลาสมาลดลงจำนวนครึ่งหนึ่ง ครึ่งอายุของยาสามารถใช้ในการพิจารณาช่วงห่างของเวลาที่ให้ยา ครึ่งอายุของยาไม่รวมถึงครึ่งชีวิตของสารที่มีฤทธิ์ต่อการรักษาที่เกิดจากการเผาผลาญอย่างภายในร่างกาย

ตารางที่ 10 การแบ่งกลุ่มยาจิตเวชกลุ่มเก่าตามความแรง

High potency ยา มีความแรงมาก	Moderate potency ยา มีความแรงปานกลาง	Low potency ยา มีความแรงน้อย
fluphenazine (เป็นยาจีด)	loxapine	chlorpromazine
haloperidol	molindone	mesoridazine
thiothixene	perphenazine	thioridazine
trifluoperazine		

ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเนื่องจากขาดความร่วมมือที่จะรับประทานยา ทั้งขาดยาอย่างต่อเนื่องหรือขาดยาบางส่วน หรือผู้ป่วยต้องการที่จะใช้ยาจีด ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจหมายความว่าที่จะใช้ยาต้านโรคจิตชนิดจีดที่ออกฤทธิ์นาน แต่ถ้าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา อาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาที่รับประทานชนิดอื่นหรือใช้ยาจีดชนิดออกฤทธิ์นาน

1.5 ขนาดของยาต้านโรคจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ปริมาณยาที่ดีที่สุด คือ ปริมาณที่ส่งผลในการรักษาสูงสุดและผลข้างเคียงน้อยที่สุด (ดังแสดงในตารางที่ 9) ปริมาณยาในกลุ่มเก่า (first - generation) ที่ดีสำหรับผู้ป่วย มีหลักฐานทางการแพทย์ ระบุว่าการใช้ยาที่มากกว่า EPS threshold (ระดับการใช้ยาที่เริ่มส่งผลข้างเคียงชนิดตัวแข็งเกร็ง มีอ่อนล้า และเป็นจุดที่ผลการตรวจร่างกายแสดง minimal rigidity) ในแต่ละบุคคล จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงชนิดตัวแข็งเกร็ง มีอ่อนล้า (extra pyramidal) และผลข้างเคียงอื่น ผู้รักษาจึงต้องพิจารณาเกี่ยวกับประวัติการตอบสนองของยาที่ผ่านมาของผู้ป่วย ปริมาณความต้องการยา รวมถึงต้องปรับหากปริมาณยาที่เหมาะสมสมสำหรับการบำบัด

1.6 การติดตามและบริหารยา หลังจากได้ยาแล้ว ต้องมีการติดตามอาการของผู้ป่วย

1) ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาหรือตอบสนองน้อยมากควรให้ยาต่อไปอีก 3 - 8 สัปดาห์

2) หากมีการตอบสนองบางส่วน ให้ยาต่อไปอีก 5 - 12 សัปดาห์ แล้วประเมินอาการของผู้ป่วยซ้ำ

3) กรณีถ้ามีการตอบสนองดี จะเข้าสู่แผนการใช้ยาในระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) ซึ่งจะให้ยาในขนาดเดียวกับที่ใช้ในช่วงระยะควบคุมอาการ (acute phase) ต่อไปอีก 6 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) จากนั้นเข้าสู่แผนการรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase)

4) ถ้าการตอบสนองไม่ดี

- กรณีที่ใช้ยาในกลุ่มเก่า ควรเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่มใหม่
- กรณีใช้ยาในกลุ่มใหม่ อยู่ก่อนแล้ว เปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มใหม่ตัวอื่น
- หากได้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิด โดยยาชนิดที่หนึ่งเป็นยาในกลุ่มใหม่ ให้พิจารณาใช้ clozapine แล้วประเมินผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีก็จะเข้าสู่แผนการรักษาในระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (stable phase) ต่อไป
- กรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย clozapine จะต้องใช้การรักษาอื่นร่วม เช่น

- 1) ใช้ร่วมกับ adjunctive agent เช่น mood stabilizer, benzodiazepine
- 2) ใช้ clozapine ร่วมกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ หรือเสริมด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 3) อาจจะค่อยๆ หยุดยา clozapine เปลี่ยนเป็นยากลุ่มใหม่ การรักษาด้วยไฟฟ้า ยานในกลุ่มเก่า หรือกลุ่มใหม่ร่วมกับการใช้ยาอื่นเสริม (adjunctive agent)

1.7 การใช้ยาเสริม (adjunctive agent) วัตถุประஸค์ของ การใช้ยาเสริมร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ เพื่อรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคจิต เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการตื่นกลัว ปัญหาทางด้านอารมณ์ การรักษาโรคที่เกิดร่วม (comorbid) รักษาผลข้างเคียงจากยาด้านโรคจิต (ตารางที่ 11) จัดการกับโรคจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา (treatment resistance) หรืออาการที่หลงเหลืออยู่ในโรคจิตเภท (residual symptoms)

ตารางที่ 11 การบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวุนแรง หรือ มีภาวะกายใจไม่สงบด้วยยา (Pharmacological management of the violent or agitated patient)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะกายใจไม่สงบด้วยยา (mild to moderate agitation/cooperative patient/no psychosis)

ชื่อหัวไป หรือ (ขนาด มิลลิกรัม/เม็ด หรือแคปซูล)	เริ่มให้ยา ขนาด (มิลลิกรัม)	ให้ยาซ้ำ (มิลลิกรัม)	ให้ยาซ้ำได้ ทุกๆชั่วโมง ชั่วโมง	จนกระทั้ง ง่วงนอน	ขนาดยาสูงสุด ที่ให้ใน 24 ชั่วโมง (มิลลิกรัม)
1. lorazepam หรือ ativan (0.5,1,2)	0.5 - 2	1 - 2	1/2 - 1	ใช่	10 - 15

2. ផ្សៀប្បីទីមិភារវកាយឈើសងបរចប់លើកនៅយឺតាងបានកាលងវីរូ
ផ្សៀប្បីយ៉ាងគង់ใหំការាមរំវាំមីអូវីអាការាគុងវិគិត (mild to moderate
agitation/cooperative patient/psychosis)

ីូទៀវិ៍ ឬវិ៍ ីូទៀការកាំ (ធនាគារមិលិករំ/មេះ/ឱកប្រួល)	រៀមឈើយាយណាត (មិលិករំ)	ឈើយាទាត់ ទុក ។ ខ្វោយ ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ (មិលិករំ)	ឈើយាទាត់ ទុក ។ ខ្វោយ ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ (មិលិករំ)	ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ (មិលិករំ)
1. lorazepam ឬវិ៍ ativan (0.5,1,2)	0.5 - 2	1/2 - 1	ីូទៀវិ៍	10 - 15
ឬវិ៍ 2. haloperidol ឬវិ៍ haldol (0.5,1,2,5,10)	1 - 5	1/2 - 1	ីូទៀវិ៍	25 - 50
ឬវិ៍ 3. fluphenazine តាតាធីយារការាថ្មីទិន្នន័យ ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ benztropine ធនាគារ 0.5 - 2 មិលិករំ រំបៀបរាយ	1 - 5	1/2 - 1	ីូទៀវិ៍	25 - 50
ឬវិ៍ 4. risperidone ឬវិ៍ risperdal (0.5,1,2)	0.5 - 2	1	ីូទៀវិ៍	6 - 10
ឬវិ៍ 5. olanzapine ឬវិ៍ zyprexa (5,10)	2.5 - 10	1	ីូទៀវិ៍	20 - 30
ឬវិ៍ 6. quetiapine ឬវិ៍ seroquel (25,100,200,300)	25 - 100	1	ីូទៀវិ៍	300 - 575
ឬវិ៍ 7. ziprasidone ឬវិ៍ zeldox (20,40,60,80)	10 - 20	2 - 4	ីូទៀវិ៍	40
ឬវិ៍ 8. aripiprazole ឬវិ៍ abilify (5,10,15)	10 - 15	ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ	ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ ីូទៀវិ៍ ីូទៀការកាំ	30

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะภายในใจไม่สงบระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือ/มี หรือ ไม่มีอาการของโรคจิต (moderate to severe agitation/cooperative/with or without psychosis)

ชื่อทั่วไป หรือ ชื่อทางการค้า (ขนาด มิลลิกรัม/เม็ด/แคปซูล)	เริ่มใช้ยาขนาด (มิลลิกรัม) โดยรับประทาน หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ	ให้ยาช้าได้ ทุกๆ ชั่วโมง	จนกระทั่ง [*] ง่วงนอน
1. lorazepam หรือ ativan(0.5,1,2) ยาฉีดไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย ใช้ยาขนาดเดียวกัน ใช้วั่งกับยาขนาดอื่น	1 - 2	ไม่ได้ก่อภารถึง	ไม่ได้ก่อภารถึง
2. haloperidol หรือ haldol (0.5,1,2,5,10)	5 - 10	ไม่ได้ก่อภารถึง	ไม่ได้ก่อภารถึง
3. fluphenazine ถ้าเพิ่มยาต้านรักษาโรคจิต ให้เพิ่มยา benzotropine ขนาด 0.5 ถึง 2 มิลลิกรัมในแต่ละครั้ง	5 - 10	1 1/2 - 1	ใช่
หรือ 4. ziprasidone หรือ zeldox (20,40,60,80)	10 - 20	2 - 4	ใช่

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะภายในใจไม่สงบระดับปานกลางถึงรุนแรง/ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ/มี หรือ ไม่มีอาการของโรคจิต (moderate to severe agitation/uncooperative/with or without psychosis)

ชื่อทั่วไป หรือ ชื่อทางการค้า (ขนาดมิลลิกรัมต่อหลอดแก้ว) บรรจุยาฉีดหรือยาฉีดขนาดเล็ก	เริ่มใช้ยาขนาด (มิลลิกรัม) โดยฉีดเข้า กล้ามเนื้อ	ให้ยาช้าได้ ทุกๆ ชั่วโมง	จนกระทั่ง [*] ง่วงนอน
1. lorazepam หรือ ativan ยาฉีดไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย ตั้งนั้นถ้าจำเป็นอาจให้เป็นยารับประทานแทนโดยให้วั่งกับ	1 - 2	1/2 - 1	ใช่
2. haloperidol หรือ haldol (0.5,1,2,5,10)	5 - 10	1/2 - 1	ใช่
หรือ 3. fluphenazine ต้องใช้ยาต้านรักษาโรคจิตเพิ่มขึ้น ให้เพิ่มยา benzotropine ขนาด 0.5 ถึง 2 มิลลิกรัม [*] โดยวิธีรับประทานในแต่ละครั้ง	5 - 10	1/2 - 1	ใช่
หรือ 4. ziprasidone หรือ zeldox (20,40,60,80)	1 - 20	2 - 4	ใช่

2. การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase)

วัตถุประสงค์ เพื่อการประคับประคอง บรรเทาหรือควบคุมอาการลดความเครียดของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมชุมชนได้ ให้การสนับสนุนเพื่อลดภาระลับมากำเริบใหม่รวมทั้งส่งเสริมเกื้อกูลให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องและทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู ระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามผลการตอบสนองทางคลินิกและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนี้

2.1 หลังจากผ่านการรักษาในระยะควบคุมอาการ ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามและประเมินผล ทั้งอาการทางคลินิกและผลข้างเคียงจากการรักษา หากผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี โดยที่เกิดผลข้างเคียงน้อยมาก ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาในขนาดเดียวกับที่ได้รับในระยะควบคุมอาการต่อเนื่องไปอีก 6 เดือน เพื่อป้องกันภาระลับเป็นซ้ำ และติดตามอาการต่อเนื่องตลอด 6 เดือน

2.2 สิ่งสำคัญในช่วงเวลานี้ คือ อย่าลดยาเร็วเกินไป เนื่องจากการรีบเร่งลดระดับการให้ยาลงอาจทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบขึ้นมาใหม่ได้

2.3 ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินผลข้างเคียงที่ต่อเนื่องมาจากระยะควบคุมอาการ เพื่อปรับระดับยาให้เหมาะสมที่สุด อาการไม่พึงประสงค์จะทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง จนอาการกำเริบขึ้นได้

2.4 ผู้ป่วยจิตเภทในระยะควบคุมอาการที่ได้รับยาอีนร่วมด้วย ในระยะให้ยาต่อเนื่อง จะต้องได้รับการพิจารณาผลข้างเคียงของการใช้ยาร่วม เพื่อประเมินว่าควรใช้ยาอีนต่อไปหรือไม่

2.5 ในระยะนี้เริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษา และผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เรื่องทักษะในการบริหารยาด้วยตนเอง เน้นที่ประโยชน์ของการรับยาอย่างต่อเนื่อง

การจัดการกับผลข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น ผลเสียต่อผู้ป่วยหากใช้บุหรี่ และกอสโตร์และสารเสพติด รวมไปถึงการใช้ยาในทางที่ผิด

3. การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทระยะอาการคงที่ (stable phase)

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับเป็นช้ำ (relapse prevention) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะอาการคงที่ ผู้ทำการรักษาต้องเร่งรีบพัฒนาแผนบริหารจัดการบำบัดรักษาในระยะยาว เพื่อลดความเสี่ยงของการกำเริบให้เหลือน้อยที่สุด และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจจะรุนแรงขึ้น พบว่า การใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotic medications) สามารถลดความเสี่ยงของการกลับเป็นช้ำในระยะอาการคงที่ได้ ซึ่งพบว่าหากไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องแล้ว ประมาณร้อยละ 60 - 70 มักจะมีอาการกลับเป็นช้ำใหม่ใน 1 ปี และเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะกลับเป็นช้ำใหม่ ภายใน 2 ปี การวางแผนการใช้ยาในระยะนี้จึงต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ที่จำเป็นเพื่อทำให้ผู้ป่วยยอมรับยาอย่างต่อเนื่อง (Drug adherence) ดังรายละเอียดในเรื่อง หลักทั่วไปของการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

3.1 ขนาดยาต้านโรคจิตสำหรับผู้ป่วยระยะอาการคงที่ โดยทั่วไปจะต่ำกว่าขนาดของยาที่ใช้ในการเจ็บป่วยในระยะควบคุมอาการ โดยต้องได้รับยาในขนาดต่ำสุดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา ยกเว้นผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องใช้ยาขนาดสูงในการควบคุมอาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการกลับเป็นช้ำ

3.2 การเฝ้าระวังเพื่อลดผลข้างเคียง (side - effect) การใช้ยาต้านโรคจิตอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายด้าน จึงต้องมีการวางแผนการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อดำเนินการแก้ไขได้ทันท่วงที่ ดังตารางที่ 12

3.3 การแก้ไขอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ปัญหาที่พบคือ การใช้ยาด้านโรคจิต มักจะช่วยบรรเทาอาการทางด้านบวก (positive syndromes) ของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมักจะยังคงมีอาการทางด้านลบ นั่นคือ มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive) มีความบกพร่องในการปฏิบัติงานต่างๆ ลิ่งที่ควรทำ คือ ต้องประเมินว่าอาการเหล่านั้นเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่ อาการที่เกิดจากอาการซึมเศร้า หรืออาการ parkinsonism ที่ยังไม่ได้รักษา หากเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่จริง อาจต้องนำเทคนิคการรักษาอื่นๆ มาใช่วิ่งมกับการรักษาด้วยยา

3.4 การวางแผนหยุดการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรก
ควรที่จะได้รับยาต่อเนื่องไป 12 - 24 เดือน หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2
ควรให้ยาต่อเนื่องไปประยะยาขึ้น เช่น 5 ปี แต่หากมีอาการกำเริบมากกว่า
สองครั้ง ผู้ป่วยควรที่จะได้รับยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

ระยะเวลาของการหยุดยาต้านโรคคิตยังไม่มีการกำหนด
แน่นอน จะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเทียบเคียงให้เห็นทั้งความเสี่ยงที่
อาจจะเกิดขึ้น หากทำการรักษาด้วยยาต้านโรคคิตเป็นเวลานานๆ กับความ
เสี่ยงที่จากการจะกำเริบขึ้นมาใหม่ เช่น ผลของการลับเป็นช้าต่อการ
ประกอบภาระงาน การดำเนินชีวิตในสังคม ความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมที่
เป็นอันตราย ความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่อาการเจ็บป่วยเรื้อรังและดื้อยาต่อการ
รักษา

หากผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยุดการรับยาต่อเนื่องของการใช้ยาต้านโรคจิต การลดยาจะต้องกระทำทีละน้อย เช่น ลดปริมาณลงร้อยละ 10 ในแต่ละเดือน ร่วมกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการเตือนของการกำเริบ เพื่อให้มารับการรักษาอย่างทันท่วงที

3.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ (Relapse) ปัจจัยอันดับแรก คือ เนพะງກາງຂາດຄວາມຮ່ວມມືອໃນການໃຫຍ້ຕໍ່ານໂຮງຈົດ ແລະຢັ້ງເກີຍວ່າຂອງກັບ ປົງຈັດດັ່ງຕຸກໄປນີ້

1) ชนิดของยาที่เลือกใช้ ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มใหม่ มีการกลับมาวักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มเก่า โดยอาจเกิดจากประสิทธิภาพของยาเองหรือเป็นผลดีอื่นๆ ของยา เช่น ผลข้างเคียงที่น้อยลงทำให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องมากขึ้น

2) ขนาดของยา หากสูงเกินไปอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา

3) ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นตัวทำงานยผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป (insidious onset)

4) ผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบมาก (severe negative symptoms) จะมีการเป็นซ้ำมากกว่า

5) ไม่จัดการกับปัญหาการใช้ยาเฉพาะติด

3.6 ข้อแนะนำในการหยุดยา ก่อนจะหยุดยา ต้องตรวจสkop ประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดว่า ผู้ป่วยเคยป่วยมาก่อนหรือไม่ หากเคยป่วยต้องระวังอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีประวัติไม่กินยาแล้วไม่เกิดการเป็นซ้ำ ถือว่าเป็นอาการแสดงที่ดี แต่ไม่ใช่สิ่งที่ยืนยันว่ายาไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ข้อแนะนำในการหยุดยา มีวิธีการ ดังนี้

1) ต้องมีแผนสำหรับการเพิ่มยาหรือการรับยาอีกครั้งทันทีที่มีอาการเตือนของการกำเริบ

2) การลดยาต้องค่อยๆ ลดลงทีละน้อย

3) มีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4) การกลับเป็นซ้ำจะเกิดได้บ่อย ในช่วง 3 - 6 เดือน ที่ลดหรือขาดยา

5) ผู้ป่วยบางรายนั้นอาจต้องการยาในขนาดสูง การลดยาอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นซ้ำ และไม่สามารถกลับมาสู่สภาพเดิมก่อนการเป็นซ้ำได้ (previous levels of functioning)

3.7 การใช้ยาในลักษณะยารักษาร่วม (adjunctive medication)

เพื่อรักษาอาการร่วมมือนๆ ในผู้ป่วย เช่น ความก้าวกระโดด ความเครียด อาการที่เกี่ยวเนื่องกับอารมณ์ เป็นต้น

3.8 การใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน (long - acting) ส่วน

ให้ญี่ปุ่นแล้วจะไม่ใช่ในระยะควบคุมของการ เพาะต้องใช้เวลานานเป็นเดือน (3-6 เดือน) ในการเข้าสู่ระดับยาคงที่ (stable steady state) และยาจะถูกกำจัดออกจากร่างกายช้ามาก ส่งผลทำให้มีความสามารถควบคุมปริมาณยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และยากที่จะหาบริโภคนยาที่จะไม่ให้มีผลข้างเคียงเกิดขึ้น กับผู้ป่วย กรณีที่พิจารณาใช้ยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน เช่น ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาฉีดอยู่เดิม แล้วแต่เมื่ออาการทางจิตมากขึ้นเมื่อหยุดยาฉีด อาจพิจารณาใช้ยาฉีดต่อ โดยอาจรับประทานยาเพิ่มเติมเป็นบางขณะ หรือกรณีที่ผู้ป่วยที่ประวัติมาหลายครั้งว่าไม่ว่าจะมีอะไรในการรับประทานยา อาจพิจารณาใช้ยาฉีดตั้งแต่ระยะควบคุมของการ

ตารางที่ 12 การประเมินยาเคมีบำบัดยาต้านมนุษย์

ชื่อยา	EPS/Tardive dyskinesia	Prolactin Elevation	Weight Gain	Glucose Abnormality	Lipid	QTc Prolongation	Sedation	Hypotension	Anticholinergic
haloperidol	+++	+++	+	0	0	++	0	0	0
perphenazine	++	++	+	+?	0	+	+	0	0
thioridazine	+	++	+	+?	+?	++	++	++	++
risperidone	+	+++	++	++	++	+	+	0	
olanzapine ^a	0 ^c	0	+++	+++	+++	0	+	+	++
quetiapine b	0 ^c	0	++	++	++	0	++	++	0
ziprasidone	0 ^c	+	0	0	0	++	0	0	0
ariprazole d	0 ^c	0	0	0	0	0	+	0	0
clozapine e	0 ^c	0	+++	+++	+++	0	++	++	++

0^a = ไม่มีความเสี่ยง หรือสีของยาในขณะนัดรักษา, + = เกิดขึ้นเล็กน้อยบนผ่าน | ครรภ์ในขณะนัดรักษา, ++ = บางครั้งจะเกิดผื่นขึ้นจากยา | 0^b

รักษา, ++ = พล็อกอย่างเข้มงวดรักษา

b ระวังภาวะบิด cataracts

c ยกไนน์ skathisia

d อาจทำให้เกิดคราฟลีมัสสี/ปวดศีรษะ

e อาจทำให้เกิด agranulocytosis (ภาวะโลหิตเม็ดเลือดขาวลดลง), seizure (ชีพ), myocarditis (กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ)

อาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตและการดำเนินการแก้ไข

ยาต้านโรคจิตมีผลข้างเคียงหลายอย่างที่อาจพบได้ แต่อาการข้างเคียงไม่จำเป็นต้องเกิดกับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาต้านโรคจิต รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 อาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตและการดำเนินการแก้ไข

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
1. ฤทธิ์ของยาในการขับยัง dopamine (antidopaminergic effect) ซึ่งอยู่ใน nigrostriatal terminal ใน mesolimbic system	
1.1 acute dystonia/dyskinesia มักเกิดภายใน 1 ชั่วโมงถึง 5 วันหลังได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าที่มีความแรงมาก ซึ่งมักพบบ่อยในผู้ชายอายุน้อย อาการที่พบบ่อยมี 3 แบบ คือ ศีรษะและคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง อย่างรุนแรง (torticollis) ศีรษะ คอ ลำตัว และนิ้นผิดปกติ (opisthotonus) และตาทั้งสองข้างจ้องเข้มและเหลือออกซึ้นไปด้านอยู่ข้างบนจนไม่เห็นตาด้า (oculogyric crisis) ต้องแยกโรคจากลมชัก เยื่องหุ้มสมองอักเสบ สมอง-อักเสบ ปลิโอล หรือบาดทะยัก	<ul style="list-style-type: none"> - ตอบสนองได้ดีต่อการให้ anticholinergic หรือการให้ antihistamine การให้ในรูป parenteral จะออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการรับประทาน - ให้ benztropine 1-2 mg ทางหลอดเลือดดำ (IV) หรือ เข้าทางกล้ามเนื้อ (IM) หรือ bipriden 5 mg เข้าทางกล้ามเนื้อ (IM) หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 5 นาที สามารถให้ยาซ้ำได้ - กรณีที่ไม่มี benztropine หรือ bipriden ให้ diphenhydramine 25-50 mg หรือ diazepam 5 - 10 mg ทางหลอดเลือด (IV) เมื่อดีขึ้นให้ยากลุ่ม anticholinergic รับประทานต่อ
1.2 akathisia มักเกิดหลังได้รับยา 5-40 วันหลังได้รับยา ผู้ป่วยรู้สึกกระวน-กระวาย ตื่นเต้น อยู่ไม่สุข เดินไปมา ผุดผุดผุดนั่ง ขาอยู่ไม่สุข (restless legs)	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ centrally acting beta - blockers เช่น การให้ propanolol ขนาดต่อวัน 30 - 90 mg โดยจะต้องเฝ้าระวังความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วย

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
<p><u>งุ่นง่าน นั่งไม่ติดที่</u> (drive to move around) <u>หมายเหตุ</u> agitation เป็นอาการ กระสับกระส่ายที่เกิดจากตัวโรคไม่ใช่ จากยา แต่การแยกว่าเป็น akathisia ที่เกิดจากผลของยาหรือ agitation จากตัวโรคอาจทำได้ยาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ Benzodiazepines เช่น lorazepam, clonazepam สามารถลดอาการนี้ได้ - การใช้ anticholinergic Anti-parkinsonism มีข้อจำกัดในการลดอาการนี้ อาจให้ในรายที่มีอาการทาง EPS อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น parkinsonism - การแยกระหว่าง akathisia ซึ่งเกิดจากยา กับ psychomotor agitation (กระสับกระส่าย) ที่เกิดจากการของโรคจิตอาจแยกจากกันยาก ดังนั้น การใช้ยา benzodiazepine จึงมีประโยชน์ เพราะช่วยให้ทั้ง akathisia และ agitation ดีขึ้นได้ โดยทั่วไป ขนาดการรักษา agitation ใน psychosis จะสูงกว่าขนาดที่ใช้รักษา akathisia)
<p>1.3 parkinsonian like syndrome มักเกิดอาการไม่กี่วันหลังได้รับยา ต้านโรคจิตกลุ่มเก่าอาการคล้ายผู้ป่วย Parkinson's disease คือ มือสั่นขณะพัก (resting tremor) กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity) เดินช้อยเท้า (shuffling gait) เคลื่อนไหวช้าๆ (bradykinesia) สีหน้าไร้ความมณี (expressionless or masked face) น้ำลายไหล (drooling)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ลดขนาดยาต้านโรคจิตลง - ใช้ยาต้านโรคจิตร่วมกับยาในกลุ่ม anticholinergic ชนิดรับประทาน เช่น benztropine 0.5 - 2 mg, trihexyphenidyl 2-8 mg, diphenhydramine (antihistamine) 25-75 mg ต่อวัน - เปลี่ยนจากยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าเป็นยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่
<p>1.4 akinesia หรือ bradykinesia อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในราย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ Benztropine (Cogentin) 1-6 mg ต่อวัน

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
<p>ที่รุนแรงจะปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อท่าทางนิ่อร้าย躁 (apathetic) พูดน้อยหรือไม่อยากพูดหมายเหตุ อาการ akinesia อาจวนจิตยังเป็น secondary depression หรือ chronic withdrawal schizophrenic state ได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การแก้ไข ต้องเข้าใจกลไกที่ทำให้เกิดอาการซึ่งเชื่อว่า เกิดจาก hypersensitivity หรือ supersensitivity ของ dopamine receptors ใน nigrostriatal system จากการมี dopaminergic blockade เพราะได้รับยาต้านโรคจิตเป็นเวลานาน หรือ cholinergic activity ในสมองลดลง จากการใช้ anticholinergic drug
<p>1.5 tardive dyskinesia (TD) คือ การเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ (involuntary movement) ที่เกิดจาก การได้รับยาต้านโรคจิตเป็นเวลานาน ซึ่งถ้ามีอาการรุนแรงและชัดเจน มักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ลักษณะสำคัญของ TD คือ การเคลื่อนไหวสามแห่งของแก้ม-หน้า-ลิ้น (a triad of cheek-face-tongue movement) หรือเรียกว่า buccolingual masticatory syndrome ผู้ป่วยมีอาการแก้มพอง กะพริบตา เคี้ยว สูดปาก เลียหรือดูดริมฝีปาก และลิ้น อาการไร้เครื่องนี้ไว้ด้านข้างหน้าตามดึง เปลือกตากระตุก โดยอาการจะตุกไม่เป็นจังหวะ ค่อนข้าง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการให้ยาต่อไป กับการป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ - Desensitize dopamine receptors โดยลดขนาดของยาอย่างเด่นที่ละน้อยเมื่อเริ่มเห็นอาการ เช่น ลดขนาดยาลงเหลือครึ่งหนึ่งภายใน 12 สัปดาห์ หากลดยาไปแล้ว 6 - 12 เดือน อาการดีขึ้น หรือมีอาการทางจิตไม่มาก ให้คงขนาดยาเดิมได้ ขณะที่ลดขนาดยา กลุ่มเก่าลงมา อาจทำให้อาการ TD เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยบางรายอาจยังมีอาการ TD แม้ไม่ได้ยาต้านโรคจิตแล้ว - เปลี่ยนจากยาอย่างเดิมเป็นยาอย่างใหม่ (มีหลักฐานพบว่า การเปลี่ยนจากยาอย่างเดิม เป็น clozapine ทำให้อาการ TD ดีขึ้น) โดยในระยะแรกของการเปลี่ยนไปใช้ยาอย่างใหม่ อาจทำให้อาการ TD เพิ่มขึ้นได้ ผู้ป่วยบางรายมีอาการ TD ดีขึ้นชั่วคราว

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
<p>เร็ว และคาดคะเนไม่ได้ กีดขวางพักหรือขณะที่ตั้งใจจะเคลื่อนไหว (choreiform movements) การเคลื่อนไหวเป็นจังหวะคล้ายตัวหนอน (rhythmic vermiciform movement) ของพันล่างของปากและลิ้น ไม่สามารถแลบลิ้นออกมากำเกิน 2-3 วินาที ควบคุมการเดี้ยวไม่ได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาไม่ได้</p>	<p>เมื่อเพิ่มขนาดของยาต้านโรคจิตแต่ไม่ที่สุด จะกลับมาเมื่อการ TD อีก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เลิกใช้ anticholinergic drug ทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง antiparkinsonism drug, tricyclic antidepressants - การรักษาอื่นๆ แต่ยังไม่มีหลักฐานยืนยัน ชัดเจน ได้แก่ การให้วิตามิน E ขนาด 400 - 800 mg IV ต่อวัน การใช้ยา diazepam 40 mg/วัน การใช้ calcium channel blockers, essential fatty agents, การใช้วิตามิน B6 เป็นต้น
<p>1.6 neuroleptic malignant syndrome (NMS) เป็นฤทธิ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเกิดหลังได้รับยาโรคจิตเป็นวัน หรือสัปดาห์ หรือ ภายหลังจากการเพิ่มขนาดยาต้านโรคจิตขึ้น มีอาการ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลงเปลี่ยนแปลง (altered consciousness) กล้ามเนื้อหั้งตัวแข็งเกร็งอย่างรุนแรง (muscle rigidity) มีไข้สูงมากกว่า 40°C (hyperthermia) ระบบประสาทอัตโนมัติไม่มั่นคง (autonomic instability) คือ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ เหื่องออกมากากกลั้นปัสสาวะไม่อุญี่ เหนื่อย ผิดปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หยุดการใช้ยาต้านโรคจิตทันที - ให้การรักษาประคับประคอง (supportive treatment) - ให้ bromocriptine ที่มีฤทธิ์ทำให้ dopamine เพิ่มขึ้น และ/หรือ ให้ยา dantrolene ที่ช่วยลดการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (Skeletal muscle rigidity) แต่ต้องระวังอาจเป็นพิษต่อตับ - เนื่องจาก NMS มีอาการคล้ายกับโรคจิตนาทชนิด catatonia ซึ่งแยกได้ยาก การใช้ benzodiazepine เช่น lorazepam จึงจะมีประโยชน์กับทั้ง 2 โรค - ผู้ป่วยที่มีอาการ NMS รุนแรง การใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า ECT มีรายงานว่าช่วยทำให้อาการดีขึ้น

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
	<ul style="list-style-type: none"> - หลังจากที่ทำการตีขึ้นมาหดถ่ายสัปดาห์ต้องพิจารณาให้ยาต้านโรคจิตอย่างระมัดระวังโดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยา และควรใช้ยากลุ่มใหม่ หากจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มเก่าควรเลือกกลุ่ม low potency
1.7 hyperprolactinemia ยาต้านโรคจิตมีผลยับยั้ง dopamine ใน tuberoinfundibular system จึงเพิ่มการหลั่งของ prolactin ทำให้ประจำเดือนขาดและน้ำนมไหลในผู้หญิง อาการเต้านมโตในผู้ชาย มีความต้องการทางเพศลดลง	<ul style="list-style-type: none"> - ให้สุขภาพจิตศึกษา - ลดขนาดยาลง หรือเปลี่ยนไปใช้ยาต้านโรคจิตที่มีผลต่อการหลั่ง prolactin น้อยกว่า (เช่น ยากลุ่มใหม่ ยกเว้น risperidone) - ให้ dopamine agonist เช่น bromocriptine 2-10 mg/day เพื่อลดอาการน้ำนมไหล - ให้ imipramine ขนาด 25-50 mg ก่อนนอนอาจช่วยลด retrograde ejaculation (การหลั่งน้ำนมข้าม) ที่เกิดจาก thioridazine - cyproheptadine ขนาด 2-8 mg รับประทานก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการ erectile dysfunction
2. antihistamine effects ในที่นี้ คือ sedation ง่วงซึม	<ul style="list-style-type: none"> - ผลข้างเคียงนี้ เป็นผลดีในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ โดยให้ยา ก่อนนอน - ลดขนาดยา เลากาลงวัน แบ่งขนาดยา ไปรับประทานช่วงค่ำ - ปรับเปลี่ยนยา ไปใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให่ง่วงน้อยกว่า - ไม่มียาเฉพาะในการวัดขนาดการง่วงนี้ ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นหลังได้รับยา 2 - 3 สัปดาห์

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
<p>3. Antialpha - adrenergic effect</p> <p>3.1 orthostatic hypotension มักพบในยาต้านโรคจิตกลุ่ม low potency โดยมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นนั่ง จากนั่งเป็นยืน มีน้ำลาย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม (syncopal episode)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อย่ายืนนานหากต้องยืนต้องนั่งลง - แนะนำผู้ป่วยอย่าลุกขึ้นเร็ว โดยเฉพาะเมื่อตื่นนอนหรือหลังจากปัสสาวะหรืออาบน้ำ - แบ่งขนาดของยาออกเป็นหลายเม็ด เพื่อป้องกันอาการที่อาจจะเกิดขึ้นจากการที่ระดับยาในเลือดสูง - การใช้เครื่องมือรัดบริเวณขา (support measure) เช่น การใช้แอบผ้ายืด - เปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่มีฤทธิ์ anti-adrenergic effect tachycardia - หากอาการยังไม่ดี อาจพิจารณาใช้ flurocortisone 0.1 - 0.2 mg ต่อวัน - Tachycardia จาก anticholinergic effect ที่ไม่มี hypotension สามารถให้ peripheral beta blocker เช่น atenolol ในขนาดต่ำๆ
<p>3.2 cardiac arrhythmia เกิดได้บางครั้ง โดยชนิดที่พบบ่อย คือ QT interval prolongation อาจทำให้เสียชีวิตในบางราย พบในยา thioridazine, chlorpromazine, ziprasidone</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เลี้ยงไปใช้ยาตัวอื่นที่ไม่มีปัญหา กับหัวใจ
<p>4. anti-cholinergic effect ผลกระทบต่อร่างกายที่สำคัญ เช่น muscarinic receptors ในกล้ามเนื้อเรียบและต่อมต่างๆ ทำให้มีอาการ คือ ท้องผูก ตาแห้ง ตาพร่า</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อาการมักดีขึ้นหลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง - ฤทธิ์ anticholinergic ล้มพันธุ์กับขนาดยา การหยุดยาจะช่วยให้อาการดีขึ้น หากไม่ดีขึ้น ควรเปลี่ยนยา

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
มัว ปัสสาวะคั่ง บางรายอาจมีอาการ ลำไส้ไม่ทำงาน (paralytic ileus) อาการ ต้อหินอย่างเฉียบพลัน	<ul style="list-style-type: none"> - อาการท้องผูก แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก - หากมีอาการตาแห้ง ให้หยุดน้ำตาเทียม - ให้ bethanechol 5 mg วันละ 3 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออกหรือมีอาการ anticholinergic มา - ผู้ป่วยที่มีอาการต้อหินอย่างเฉียบพลัน ควรปรึกษาจักษุแพทย์ - การใช้ physostigmine ในผู้ป่วยที่มี anticholonergeric delirium ต้องทำให้สถานพยาบาลที่มีความพร้อมเท่านั้น
5. ผลอื่นๆ (Miscellaneous effects) 5.1 hepatic effect : มักเป็นอาการดีซ่านชนิด cholestatic ที่มีอาการไม่รุนแรง และเมื่อหยุดยา ก็หายได้เอง มักเกิดในสัปดาห์ที่ 2-8 หลังจากให้ยา มักพบค่า total bilirubin, alkaline phosphatase, cholesterol และ eosinophils สูงมาก	<ul style="list-style-type: none"> - ให้หยุดยาทันทีหากเกิดอาการ - ให้กลูโคสทางหลอดเลือด - ให้วิตามินเสริมและอาหารかるโรบีไซเดรต และโปรตีนสูง แต่ไขมันต่ำ
5.2 hematologic effect : 5.2.1 agranulocytosis เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นได้น้อยมากประมาณ 1 ต่อ 5 แสนราย แต่ถ้าเกิดขึ้นแล้ว อาจถึงแก่ชีวิตได้ถึง 30% ถือเป็นผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุด ซึ่งไม่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ปกติไม่จำเป็นต้องตรวจเลือดเป็นประจำ (ยกเว้น Clozapine) - ในผู้ป่วยที่พบว่ามีเม็ดเลือดขาวต่ำ ควรเลือกใช้ยาต้านโรคจิตที่มี potency สูง - หากผู้ป่วยมีอาการของการติดเชื้อในช่วง

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
กับขนาดยาที่ใช้ โดยทั่วไปจะเกิดอาการภายใน 4-10 สัปดาห์หลังได้ยา อาการมักเป็น acute onset โดยมีอาการเจ็บคอดี ไม่แพลงที่ริมฝีปากหรือในปาก มีไข้ ตัวสั่น	3 เดือนแรกของการรักษาการคำนึงถึงภาระนี้ด้วย
5.2.2 eosinophilia เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยา clozapine	- ต้องแยกระหว่างโรคพยาธิ และโรคภูมิแพ้ หากตรวจไม่พบทั้ง 2 โรคนี้ ก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา
5.3 skin reaction ปฏิกิริยาทางผิวหนัง เกิดจาก hypersensitivity response อาจเกิด 1-5 สัปดาห์หลังเริ่มใช้ยา อาจเป็นแบบลมพิษ ผื่นนูน แข่นบวม หรืออุดแดงฯ	- ให้หยุดยาทันที และอาการทางผิวหนังจะหายไป
5.4 photosensitivity ผิวหนังมีความไวต่อแสงผิดปกติ เกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกแสงแดด จะแดง และคัน บวม มีตุ่มหนอง มักพบในยา chlorpromazine และ กลุ่ม phenothiazine	- ใช้ครีมกันแดด - ให้ antihistamine
5.5 การเกิดสีคล้ำตามผิวหนังที่ผิดปกติ (abnormal skin pigmentation) ผิวหนังบริเวณที่ถูกแสงแดด จะมีสีเทา-น้ำเงิน เมื่อใช้ยาต้านโรคจิตขนาดสูง เป็นเวลานาน	- ให้ d-penicillamine 0.3 mg วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 วัน เพื่อลดความผิดปกติ

อาการข้างเคียง (side effect)	การดำเนินการแก้ไข
5.6 ocular pigmentation (มีสารสีจับนัย์ต่า) มี 2 แบบ คือ corneal pigmentation และ irreversible degeneration pigment retinopathy ซึ่งเกิดจากการใช้ thioridazine ขนาดสูงกว่า 800 mg ต่อวัน	<ul style="list-style-type: none"> - กรณี corneal pigmentation หายได้เองภายในเวลาหลายเดือนหลังหยุดยา ซึ่งติดตามได้โดยใช้ slit lamp - กรณี irreversible degeneration pigment retinopathy มีอันตรายต่อสายตา ดังนั้นห้ามให้ thioridazine ขนาดสูงกว่า 800 mg ต่อวัน
5.7 อาการชัก (seizures) มักพบในยาต้านโรคจิตกลุ่ม low potency โดย chlorpromazine มี epileptogenic effect ซึ่งที่สุด	<ul style="list-style-type: none"> - หยุดยาหรือลดขนาดยาลง หากมีอาการชัก - เลี้ยงยาจากกลุ่ม low potency ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคลมชัก
5.8 การเป็นลมเนื่องจากความร้อน (heatstroke) เนื่องจากยาต้านโรคจิตมีผลยับยั้ง dopamine ซึ่งมีผลต่อ hypothalamus ที่เป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ทั้งยังยับยั้งการหลั่งของเหงือจาก anticholinergic effect	<ul style="list-style-type: none"> - อยู่ในที่อากาศไม่ร้อน - ไม่เล่นกีฬาที่เพิ่มอุณหภูมิของร่างกายมากเกินไป เช่น การออกกำลังกายในที่แจ้ง - ไม่อาบน้ำร้อน
5.9 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Weight gain)	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมปริมาณอาหารและเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่ต่ำ - เพิ่มการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ปัญหาต่อการรักษา (medical problems)

1. ไม่ควรใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาดังต่อไปนี้

- เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง หรือสมองถูกกดอย่างรุนแรง หรืออยู่ในสภาวะโคม่าเพราเว่าญา จะทำให้อาการเหล่านี้แย่ลง

2. เมื่อผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้ ควรซั่งน้ำหนักของความเสี่ยง กับประโยชน์ที่จะได้รับก่อนการตัดสินใจ

- ผู้ป่วยดื้ีเมลอกอซอร์ (ผลการกดสมองจะมากขึ้น)
- อาการเจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris (อาการปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ยา phenothiazine)
- ความผิดปกติเรื่องกำบับเลือด
- มะเร็งเต้านม (เสี่ยงต่อการทำให้โรคดำเนินไปได้เร็วขึ้นและทำให้ดื้อต่อการรักษาเนื่องจาก phenothiazine ทำให้ prolactin หลั่งเพิ่มขึ้น)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันต่ำ, กดการทำงานของหัวใจ, หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ, หัวใจโต, congestive heart failure (CHF))
 - ต้อหินหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดต้อหิน (อาการอาจรุนแรงขึ้น หรือเป็นได้ง่ายขึ้น)
 - ตับทำงานไม่ดี (การเปลี่ยนแปลงของยาลดลง ทำให้ระดับยา phenothiazine ในชีรีมสูงขึ้น ทำให้ผลของยาที่มีต่อสมองเพิ่มมากขึ้น)
 - parkinson's disease (จะทำให้เกิด extrapyramidal effects ได้มากขึ้น)
 - แพลงในกระเพาะอาหาร, อาการปัสสาวะคั่ง (อาจทำให้อาการเหล่านี้เลวลง)
 - Reye syndrome (อาจกระตุ้นให้เกิดการชักแบบ grand mal หรือ petit mal)

- การอาเจียน (ผลด้านการอาเจียนของ phenothiazine อาจบดบังอาการอาเจียนที่เกิดจากได้รับยาตัวอื่นเกินขนาดได้)
 - ควรระมัดระวังเมื่อใช้ยาในผู้ป่วยที่อ่อนแครและผู้ป่วยผอมแห้ง
 - ไม่ควรใช้ยาในสตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร ยกเว้นเมื่อมีความจำเป็นจริงๆ สำหรับชีวิตหรือสวัสดิภาพของผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วย (patient monitoring)

ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องติดตามดูผู้ป่วย (การตรวจอย่างอื่นอาจจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยบางคนขึ้นอยู่กับสถานการณ์)

- ตรวจหาอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ แนะนำให้ตรวจสอบทุก 2 เดือนในขณะที่รักษา และตรวจอีกครั้ง สัปดาห์ที่ 8-12 ภายหลังจากหยุดการใช้ยา

- ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอมีไข้ หรือมีการติดเชื้อ มักจะพบ agranulocytosis ระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และ 10 ของการรักษา ถ้าหากพบว่ามีการกดการสร้างเซลล์อย่างเห็นได้ชัด ควรจะหยุดใช้ยาและเปลี่ยนไปรีเมgaraksahia อื่นที่เหมาะสมแทน เช่น ใช้ haloperidol หรือ thioxanthenes

- ตรวจความดันเลือด แนะนำให้ตรวจเป็นระยะเพื่อดูผลที่ทำให้เกิดความดันเลือดตก

- ค่อยสังเกตอาการเริ่มแรกที่จะเกิด tardive dyskinesia แนะนำให้ตรวจเป็นระยะๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และในผู้ป่วยอื่นที่ได้รับยาในขนาดสูง หรือ ใช้ยาในขนาดที่ใช้รักษาติดต่อกันเป็นเวลานานๆ เนื่องจากยังไม่ทราบวิธีรักษาที่ได้ผล หากสังเกตเห็นอาการดังแต่เริ่มแรก ซึ่งปกติจะพบอาการที่ลิ้นมีการเคลื่อนไหวเหมือนตัวหนอน (worm-like movement of the tongue) การหยุดใช้ยาแต่แรกจะช่วยหยุดไม่ให้อาการเป็น眷แรงมากกว่าเดิม

- ตรวจการทำงานของตับและตรวจปัสสาวะหา bilirubin และตรวจน้ำดี (อาจต้องทำการตรวจเป็นระยะว่ามีเม็ดซ่าน หรือ อาการของไข้หวัดใหญ่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการบอกว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับเลือดหรือตับทำงานไม่ดี อาการข้างเคียงนี้พบมากในช่วงสัปดาห์ 2 และ 4 ของการรักษา)

- การตรวจทางตา (อาจต้องทำเป็นระยะๆ ซึ่งจะทำทุก 6-12 เดือน ในระหว่างที่รักษาด้วยยาในขนาดสูงๆ หรือใช้ยาติดต่อ กันเป็นเวลานานๆ เนื่องจากจะมีสารไปสะสมที่ lens และ cornea เมื่อใช้ phenothiazine บางตัว ซึ่งควรจะหยุดยาหากพบว่า cornea หรือ lens ผิดปกติ) หาระดับยาในชีริ่ม สังเกตอาการที่จะเกิดจากการได้รับยาเกินขนาดหรือขนาดยาให้เพียงพอจากการใช้ยา

- สังเกตอาการเริ่มแรกของการขาดน้ำ เช่น ความรู้สึกกระหาย น้ำลัดลงและมีอาการเชื่องชื้ม ง่วง昏倦 แห้งเหงาหัวนอน (lethargy)

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะกล่าวถึงเฉพาะการตรวจติดตามที่สำคัญ คือ จำนวนเม็ดเลือดขาว ส่วนการตรวจอื่นๆ ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล ตามความเหมาะสม

การตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) และจำนวนเม็ดเลือดอื่นๆ กรณีใช้ยา clozapine

1) แนะนำให้ทำก่อนที่จะเริ่มทำการรักษา และทำทุกสัปดาห์ ระหว่างที่ใช้ยา นี้ และทำต่อไปอีก 4 สัปดาห์ภายหลังจากหยุดใช้ยาแล้ว

2) ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวในครั้งแรกต่ำกว่า $3,500/\text{mm}^3$ ไม่ควรจะเริ่มใช้ clozapine ในการรักษา

3) ในกรณีที่อยู่ระหว่างการใช้ clozapine รักษาอยู่ ถ้าหากพบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า $3,500/\text{mm}^3$ หรือถ้าปริมาณต่อกลงต่ำกว่าค่าที่ตัดได้ในครั้งแรก หรือถ้าพบเซลล์เม็ดเลือดในสภาพที่ยังเป็นตัวอ่อนอยู่ (immature) ควรจะทำการตรวจนับเม็ดเลือดขาวซ้ำอีกครั้ง และหาจำนวนเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดด้วย

4) ถ้าหากมีปริมาณเม็ดเลือดขาวอยู่ในช่วง $3000 - 3500/\text{mm}^3$ และจำนวน granulocyte มากกว่า $1500/\text{mm}^3$ ควรจะทำการตรวจนับเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด สปีดาร์ลั๊ 2 ครั้ง

5) แต่ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า $3000/\text{mm}^3$ หรือจำนวน granulocyte ต่ำกว่า $1500/\text{mm}^3$ ควรจะหยุดใช้ยา clozapine และติดตามอาการเหมือนกับไข้หวัดใหญ่ (flu-like symptoms) หรืออาการที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อในผู้ป่วย อาจกลับมาใช้ clozapine อีกได้เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวมากเกิน $3000/\text{mm}^3$ และจำนวน granulocyte มากกว่า $1500/\text{mm}^3$ ซึ่งก็ต้องทำการตรวจสปีดาร์ลั๊ 2 ครั้งจนกว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวจะสูงกว่า $3500/\text{mm}^3$

6) ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า $2000/\text{mm}^3$ หรือจำนวน granulocyte ต่ำกว่า $1000/\text{mm}^3$ ให้หยุดใช้ยา clozapine และอาจจะต้องทำ bone marrow aspiration เพื่อค้นหาสภาวะการสร้างเม็ดเลือด (granulopoietic status) ของผู้ป่วย หากต้องแยกผู้ป่วยและให้หายเชื้อเมื่อมีอาการของการติดเชื้อ

7) ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำลงต่ำกว่า $2000/\text{mm}^3$ หรือ granulocyte ต่ำกว่า $1000/\text{mm}^3$ ไม่ควรนำ clozapine กลับมาใช้กับผู้ป่วยคนนั้นอีก ซึ่งจะมีโอกาสเกิดภาวะ agranulocytosis ได้เร็วขึ้นกว่าเดิม

การใช้ยาอย่างเหมาะสม

1. สำหรับยานินดรับประทาน

- ให้กินพร้อมอาหาร, นม หรือน้ำเพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

- การเจือจางตัวยาที่บรรจุในขวดชนิดหยด ให้ปฏิบัติตามที่แนะนำก่อนใช้ยา

- ยาเม็ดชนิดปล่อยตัวยาช้าๆ (extended release) ให้ก้านหังเม็ด

2. ให้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ห้ามใช้มากหรือน้อยไปกว่าที่สั่ง
3. อาจจะต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์กว่ายาจะออกฤทธิ์รักษาอาการโรคประสาท, โรคจิตหรือโรคทางอารมณ์
4. กรณีล้มกินยา ถ้าแพทย์สั่งใช้ยาดังนี้

4.1 วันละ 1 ครั้ง - ให้กินทันทีที่นึกได้ เว้นแต่เกือบจะถึงเวลา กินยาครั้งต่อไป จากนั้นก็ให้กินยาตามปกติ ไม่ให้นำารวมกันกินในครั้งเดียว
2 ขนาด

4.2 วันละมากกว่าหนึ่งครั้ง - ให้กินทันทีภายใน 1 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้หลังจากล้มกินยา ถ้าจำไม่ได้คุณเกือบถึงเวลา กินยาอีกเมื่อต่อมากาให้ข้ามยามอีกที่ลืมแน่นเสีย จากนั้นก็ให้กินยาตามกำหนดเดิม ห้ามกินในครั้งเดียว 2 ขนาด

5. การเก็บยาที่เหมาะสม

- เก็บให้พื้นมีอเด็ก
- เก็บให้ห่างจากความร้อนหรือไม่ให้ถูกแสงโดยตรง
- ห้ามเก็บยาเม็ดหรือแคปซูลไว้ในที่มีความชื้นสูง หรือเก็บไว้ในห้องน้ำ

- ห้ามเก็บยาที่หมดอายุหรือยาที่ไม่ต้องการใช้แล้ว และต้องให้แน่ใจว่ายาที่ทิ้งไปนั้นจะพื้นเมือเด็ก

6. ข้อควรระวังขณะใช้ยา

- ไปพบแพทย์ตามปกติ เพื่อให้แพทย์ดูความก้าวหน้าของการรักษา
- พบแพทย์ก่อนหยุดยา เพราะการหยุดยาจะต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงทีละน้อย
 - หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดกรด, ยาแก้อาการท้องเสียภายใน 2 ชั่วโมง เมื่อใช้ยา phenothiazine
 - ระวังเมื่อต้องผ่าตัด, ทำฟัน หรือการรักษาฉุกเฉิน

- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี alcohol หรือการใช้ยาคัดสมองตัวอื่นๆ
 - อาจมีอาการร่วงเหงาหวานอน หรือมองภาพไม่ชัด ให้ระวังเมื่อต้องขับขี่ยานพาหนะ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หรืองานที่ต้องใช้ความตื่นตัวหรือความแม่นยำในการมอง
 - อาจมีอาการมึนงง วิงเกี้ยน หรือศีรษะเบาให้ห่วงเหงาให้ระวังเมื่อลูกขึ้นเรื่องฯ จากการนั่งหรือนอน
 - ไปพบแพทย์หากมีอาการระหว่างวัยอยู่ไม่สุข หรืออาการตื้นเต้นเกิดขึ้น
 - ระวังระหว่างที่ออกกำลังกาย เมื่อยูไนท์อาการครรลองหรือเมื่ออาบน้ำร้อน
 - อาจมีอาการปากแห้ง ให้เข็มมากผึ้งหรือลูกอมที่ไม่มีน้ำตาลน้ำแข็ง หรือสารที่ใช้แทนน้ำลาย เพื่อบรรเทาอาการ ไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ถ้ามีอาการปากแห้งติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์
 - อาจเพิ่มอาการแพ้ของผิวนังต่อแสงแดดได้ ให้หลีกเลี่ยงการถูกแสงโดยตรง สวมหมวกหรือเสื้อผ้าคลุม ใช้โลชั่นที่มีสารป้องกันแสง ไม่ใช่ครีมไฟที่มีแสงคล้ายแสงอาทิตย์
 - หลีกเลี่ยงไม่ให้ยาชนิดน้ำคลุกผิวนังหรือเสื้อผ้า เพราะอาจเกิดการระคายเคืองได้
 - สังเกตอาการต่างๆ ด้วยความระมัดระวังนานถึง 12 สัปดาห์ในกรณีที่ใช้ยารับประทานที่ออกฤทธิ์นาน

7. การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์เริ่มเกิดขึ้น

 - แนะนำให้พบแพทย์ทันทีที่สังเกตเห็นอาการ tardive dyskinesia
 - อาการถอนยาที่อาจจะเกิดขึ้น
 - อาการข้างเคียงอาจพบได้ง่ายในผู้ป่วยสูงอายุ

- หยุดใช้ยาทันทีแล้วรีบไปพบแพทย์ถ้ามีอาการ NMS เกิดขึ้น
- รายละเอียดให้ดูที่หัวข้ออาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์

8. สำหรับยาชนิดฉีด

- เนื่องจากยาทำให้เกิดความดันเลือดตก การฉีดเข้า IV ควรใช้ในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียง หรือจำเป็นต้องรักษาเร่งด่วน เช่น ในกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด ยกเว้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชนิดออกฤทธิ์นานในขนาดเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ

- การฉีด IM ควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลัง อย่างซ้าย ที่บริเวณกล้ามเนื้อสะโพกด้านนอกส่วนบน ผู้ป่วยควรจะนอนพักอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงหลังฉีด เพื่อหลีกเลี่ยงอาการความดันเลือดตกที่อาจจะเกิดขึ้นได้

- เพื่อการป้องกันภาระกายเดียว หรือการเป็นหนองบริเวณที่ฉีดเข้ากล้าม แนะนำให้เปลี่ยนบริเวณที่ฉีดสลับข้างกันไป หรือการเจือจางตัวยา phenothiazine ด้วย sodium chloride สำหรับฉีด และ/หรือแนะนำให้ผสมด้วย 2 % procaine

- ผลของยาฉีดชนิดออกฤทธิ์นาน อาจมีฤทธิ์อยู่ได้นานถึง 12 สัปดาห์ในผู้ป่วยบางคน ดังนั้นระยะนี้จึงต้องระวังอาการข้างเคียงและข้อควรระวังต่างๆ

- ในผู้ป่วยสูงอายุและเด็ก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ป่วยในขั้นวิกฤต หรือภาวะขาดน้ำ ควรจะติดตามอย่างระมัดระวังในระหว่างที่ให้ยาโดยการฉีด เพราะว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสความดันตกและเกิด extrapyramidal symptoms ได้ง่าย

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับยาที่ใช้

1. ขนาดยาที่ใช้ขึ้นอยู่กับแต่ละคน หลังจากที่เริ่มรักษาด้วยขนาดยาน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดยา จนมีการตอบสนองเป็นที่น่าพอใจ (อาจใช้เวลาหลายวันหรือหลายเดือน) ควรใช้ขนาดยานั้นต่อไปอีก ประมาณ 2

สปดาห์ แล้วค่อยๆ ลดขนาดยาลงให้อยู่ในระดับที่ต่ำสุดที่ยังให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

2. เมื่อจะหยุดยาที่ใช้มานานคราวๆ กัน ลดขนาดยาลง การลดแต่ละครั้งจะใช้เวลานานหลายสปดาห์ การหยุดยาทันทีจะทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาในขนาดสูง หรือใช้ยามานานเกิดอาการ dyskinesia, คลื่นไส้, อาเจียน, กระเพาะอาหารขึ้นเสบ (gastritis), 战慄 (trembling) และมีนิ่งได้

3. ถ้าทึ่ด้านการอาเจียนของ phenothiazine บางตัวอาจบดบังอาการพิษจากยา หรือทำให้การวินิจฉัยโรคบางอย่างที่มีอาการเริ่มแรกคือการอาเจียนนั้นไม่ชัดเจน แต่ phenothiazine ไม่มีถืด้านการอาเจียนที่มีสาเหตุมาจากการกระตุนที่ vestibular หรือการระคายเคืองเฉพาะที่ในทางเดินอาหาร

4. ยาต้าน dyskinesia บางตัว เช่น trihexyphenidyl หรือ benztropine อาจใช้ร่วมกันเพื่อควบคุมอาการ extrapyramidal effects ที่เกิดจากการใช้ยา phenothiazine ได้ แต่ยาเหล่านี้ควรจะใช้เมื่อจำเป็น (ไม่ควรใช้เพื่อป้องกัน) และโดยทั่วไปจะใช้เพียง 2-3 สปดาห์ ถึง 2-3 เดือนเท่านั้น

5. หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวนองโดดน้ำยา เพราะจะทำให้ผิวนองอักเสบได้

6. อาจต้องใช้ยา riboflavin (vitamin B2) มากขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับยา phenothiazine

ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและแนวทางแก้ไข

การไม่ร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มน้ำหนักของสารต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการป่วยซ้ำแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยและอาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละคน ต้องใช้กลยุทธ์หลายฯ อย่างในการแก้ไขปัญหานี้ จากการศึกษาและประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานในประเทศไทยพบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัย ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	
ระบบบริการ (service profile)	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลอยู่ไกล - ไม่มีระบบบริการจิตเวชให้เข้าถึง - ไม่มีแผนการติดตามผลการรักษา - ขาดเวชภัณฑ์ยา ต้องเปลี่ยนยา - มีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา - ไม่มีทีมเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน - สิทธิบัตรการรักษา
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคน (person - related aspect)	<ul style="list-style-type: none"> - อยู่คนเดียวหรือไม่มีที่อยู่อาศัย - มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย - ไม่สมควรให้หรือถูกบังคับมารักษา - เศรษฐฐานะไม่ดี - ทัศนคติต่อยาไม่ดี - คิดว่าหายแล้ว - ขาดการมีส่วนร่วม - ไม่รู้วัตถุประสงค์ของการใช้ยา - ขาดความหวัง - เป็นข้าบ่อยๆ แม้ใช้ยาแต่ไม่หายขาด - ทักษะการดูแลตนเองบกพร่อง - จัดยาเองไม่เป็น - อ่านหนังสือไม่ได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	
- การรู้จักตนเอง (insight)	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - ปฏิเสธตนเองไม่ป่วย - ปฏิเสธว่าตนเองไม่มีความจำเป็นต้องรักษา
- ทัศนคติ (attitude)	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกเป็นตราบาป (stigma) - มีความคิดเชิงลบต่อผลกระทบที่อาจเกิดจากยาที่ใช้รักษา - มีความคิดเชิงลบต่อประสิทธิภาพ/ประโยชน์ของยาที่ใช้รักษา
- ผู้ดูแล/ผู้ดูแล (care giver)	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกมีตราบาป (stigma) อับอาย - ขาดการมีส่วนร่วม - คาดหวังต่อผู้ป่วย ไม่เหมาะสม - ขาดความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ - ภาระเจ็บป่วยร่วมในครอบครัว - อายุมาก/เจ็บป่วย/ทดสอบทึ้ง
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (treatment related aspect)	
- รูปแบบการใช้ยา (treatment regimens)	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ยาไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย - รูปแบบการใช้ยา (regimen) มีความยุ่งยากซับซ้อน/ใช้หลายตัว - ไม่มีการพิจารณาใช้ยาซึ่งที่ออกฤทธิ์นานในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	
- อาการไม่พึงประสงค์ (adverse - side effect)	<ul style="list-style-type: none"> - อาการด้าน extrapyramidal โดยเฉพาะ ออย่างยิ่ง akathisia, akinesia - ใช้ยาแล้วง่วง - ใช้ยาแล้วสมรรถภาพทางเพศลดลง - มีผลต่อสมรรถภาพ ในชีวิตประจำวัน/การทำงาน

หลักทั่วไปของการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

มีการศึกษาถึงกลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ที่อาจมีส่วนช่วยในการลดการขาดยาของผู้ป่วย กลยุทธ์เหล่านี้ ได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ การฝึกการควบคุมตนเอง (self monitoring) มีกลุ่ม คนหรือบุคคลที่จะคอยดูแลผู้ป่วย การมีทีมพยาบาลออกใบปลีกยาน การให้ครอบครัวบำบัด หรือการทำ compliance therapy

หลักทั่วไปของการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา คือ มีการเตรียมระบบบริการที่เข้าถึง อาจมีทีมออกใบปลีกยาน มีการใช้ยาที่เกิดผล ของอาการไม่พึงประสงค์ให้ต่ำสุด หานคนที่ค่อยดูแลให้คำแนะนำในการรับประทานยา กับผู้ป่วย มีการปรับลักษณะการให้ยาให้ง่ายและเหมาะสม กับลักษณะชีวิตของผู้ป่วย การใช้ cue card การใช้ตันเองในการควบคุมตนเอง (self monitoring calendars), การออกแบบการรับประทานยาให้สัมพันธ์ กับชีวิตประจำวัน เช่น สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การแบ่งฟัน เป็นต้น การใช้ภาษาให้เข้าใจได้ง่าย การตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการรับประทานยา และตรวจสอบ

การใช้พฤติกรรมบำบัด หรือ การปรับเปลี่ยนความคิด มีประสิทธิภาพ ดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา มีการศึกษา โดยการใช้สื่อการสอนและการใช้

บทบาทสมมุติ การฝึกทักษะ เช่น การฝึกจัดยาด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของการรับประทานยา ผลข้างเคียง การได้มีโอกาสร่วมในการวางแผนการรับประทานยาร่วมกับพี่น้องผู้รักษา

การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา มีปัจจัยหลายด้านเข้ามาเกี่ยวข้อง แนวทางการแก้ไขแบ่งออกได้ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

- จัดเตรียม/วางแผน ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

- พัฒนาระบบเครือข่ายให้บุคลากรสุขภาพจิต มีทักษะให้คำปรึกษา และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยา

- พัฒนาระบบการจ่ายยาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบจิตเวชชุมชน หรือจัดเป็นหน่วยบริการเคลื่อนที่

- จัดทำสิทธิบัตรให้ผู้ป่วย

- ให้ข้อมูลและจัดหาสถานบริการ, แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน

เพื่อความสะดวกในการมารับยา

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

- มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ทีมผู้รักษา และครอบครัว

- สำรวจความคิดเห็น/ความรู้สึกของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรักษา

- เบริยบเที่ยบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของการใช้ยา

- เบริยบเที่ยบอาการของโรคจิตภาพให้เหมือนโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการกินยา

- ให้กำลังใจผู้ป่วยให้กินยาต่อเนื่อง โดยใช้คำพูดเชิงบวก

- จัดหาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจัดยาเอง

- โปรแกรมการเตือนความพึงประเมินจำหน่าย

- ปรับพฤติกรรมการใช้ยาให้ง่าย (การใช้กล่องจัดยา ทำปฏิทินช่วยติดตามการใช้ยาของตนเอง ทำตารางวิธีการใช้ยา จับคู่การใช้ยากับกิจวัตรประจำวัน)

- ติดตามความสม่ำเสมอ ของการมารับการรักษา
- มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการผิดนัด
- การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์
- ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงกระตุ้น (motivational interviewing techniques)

- ใช้สัญลักษณ์ช่วย กรณีผู้ป่วยอ่านไม่ได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ผลข้างเคียงจากยา

- มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทุกรังสี โดยไม่จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยบอก และจัดการแก้ไขทันที

- กรณีที่มีผลข้างเคียงมากให้พิจารณาเลือกใช้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า

- ก่อนใช้ยาควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งผลระยะสั้นและระยะยาว

- การใช้แบบบันทึกเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา
- จัดทำคู่มือ/แนวปฏิบัติ ในการใช้ยาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

รูปแบบการใช้ยา

- จัดรูปแบบการใช้ยาให้ง่ายที่สุดสำหรับผู้ป่วย
- มีการบททวนรูปแบบร่วมกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา เลือกรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

- ใช้ยาจี้ดออกฤทธิ์นานในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือรับประทานยา

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

- โปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ดูแล
 - ให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา กับผู้ดูแล เพื่อติดตาม และ

ໄມ່ຫົ້າເຕີມຜູ້ປ່ວຍ

- จัดหาบุคคลที่สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้
 - กรณีผู้ป่วยระรงญาติ อาจจัดหาคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น พยาบาลในสถานีอนามัย มาช่วยในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับ

- การลงเยี่ยมบ้าน
 - จัดค่ายครอบครัว กลุ่มครอบครัว

การบำบัดผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (compliance therapy) ในผู้ป่วยโรคจิต เป็นเรื่องที่ต้องทำเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งอาจทำด้วยการให้การช่วยเหลือแบบรายบุคคล ทั้งแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก เมื่อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการให้บริการ

แนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานของการสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing) ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา นอกเหนือจากนี้ยังใช้ในเรื่องอื่นได้อีก เช่น การเลิกบุหรี่ การลดน้ำหนัก การแก้ไขพฤติกรรมกินผิดปกติ การเลิกใช้สารเสพติด เป็นต้น

เทคโนโลยีขั้นพื้นฐานของวิธีการนี้ คือ การร่วมกับเทคนิคการสะท้อนความรู้สึก เทคนิคการฟังสำรวจความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และทางเลือก ทักษะนี้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่น และให้ระยะเวลา มีการพูดและทำซ้ำๆ จึงจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและสามารถคืนหายังจิตใจของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังผสมผสานด้วยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive technique) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และการให้สุขภาพจิตศึกษาด้วย

รายละเอียดของการศึกษาความร่วมมือในการบำบัด มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สรุปรવบยอดลักษณะอาการผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งได้รับการรักษาทั้งหมด และหาจุดเชื่อมโยงระหว่างการใช้ยาและปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา การปฏิเสธการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ถือเป็นปัญหาในระยะนี้ สิ่งที่ต้องการศึกษาในระยะนี้ คือ สภาพทางสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ที่ทำให้เกิดปัญหา

ระยะที่ 2 การค้นหาความรู้สึกของผู้สองฝ่ายเกี่ยวกับการรักษา ในระยะนี้ความรู้สึกไม่พอใจของผู้ป่วยเริ่มจะปรากฏออกมานะ ผู้บำบัดจึงยังต้องตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยต่อไป ซึ่งรายละเอียดอาจจะรวมถึงการกล่าวการติดยา กล่าวการควบคุมตัวเองไม่ได้ กล่าวเลียนบุคลิกภาพ หรือไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของตนเองหรือเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ต่อจากนั้นการมีความคิดความเห็นที่คลาดเคลื่อนจะได้รับการแก้ไข เพราะตามธรรมชาติแล้ว ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มจะใช้วิธีการหยุดยา

อันดับต่อไป ผู้บำบัดจะนำผู้ป่วยเข้าสู่การพิจารณาผลดีผลเสีย (weigh up benefits and draw backs of treatment) ผู้บำบัดจะนำผู้ป่วยเข้าสู่การพิจารณาคุณประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการเริ่มต้นขึ้นของโดยธรรมชาติ ผู้ป่วยจะรายงานอาการต่างๆ ออกมานะ โดยเฉพาะอาการเป้าหมาย (target symptoms) และผู้บำบัดจะค่อยๆ ให้ไว้โดยอ้อมในการพูดถึงคุณประโยชน์ของการใช้ยา ตัวอย่างเช่น การเบรียบเทียบให้เห็นว่า ยานั้นเหมือนกระดาษคุ้มกันให้กับผู้ป่วย

เป้าหมายของผู้บำบัด คือ การสร้างสรรค์ระดับพุทธิปัญญาของผู้ป่วย (create a degree of cognitive dissonance in the patient) การไม่มีความร่วมมือในการรักษา ก็คือ การที่บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของตนเองได้

ระยะที่ 3 ระยะสุดท้ายของการบำบัด คือ การจัดความคิดหรือวิธีปฏิบัติใหม่ในเรื่องของการใช้ยา โดยใช้แนวทางอิสระที่จะเลือกวิธีที่ดีที่สุดสำหรับคุณภาพชีวิตของตนเอง การหาเหตุผลต่างๆ โดยเปรียบเทียบกับการรักษาจากการเจ็บป่วยทางกาย ระบบดิจิทายาของการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น และเป็นเหตุของความทุกข์ทรมานรุนแรง การได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลักประจำเพื่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุข ผู้บำบัดเริ่มซักจูงให้ผู้ป่วยพิจารณาเหตุผลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหลีกหนีจากสภาพความไม่สุข สถาบายนั้นๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และผู้ป่วยจะถูกถามให้คิดและตัดสินใจ

สรุป

การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาส่งผลถึงประสิทธิภาพของยาใน การรักษา และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัญหาของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การควบคุมอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถทำได้โดยการใช้ยาที่เหมาะสม ร่วมกับการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยเข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจใช้วิธีการบำบัด เช่น การบำบัดผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (compliance therapy) เป็นต้น

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) หมายถึง การทำให้เกิดการชักในแบบ grand mal (generalized) โดยใช้กระแสไฟฟ้า จากเครื่อง ECT ในปริมาณที่เหมาะสม ผ่านเข้าไปในสมองทางขั้วตัวนำไฟฟ้า (electrodes) ซึ่งวางไว้บริเวณขมับ (frontotemporal area) ทั้งสองข้างหรือ ข้างเดียว

การรักษาด้วยไฟฟ้านี้ เป็นทางเลือกหนึ่งที่แพทย์พิจารณาใช้รักษาผู้ป่วยรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ผู้ป่วยที่พยาຍາມช่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย
ผู้ป่วยจิตเภทแบบ catatonic และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยาได้

วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้า มี 2 รูปแบบ คือ

1. วิธีแบบดั้งเดิม (unmodified) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ
ไม่ใช้ยาแรงขับความรู้สึกก่อนทำการรักษา จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ¹
จากผู้ป่วย

2. วิธีแบบดัดแปลง (modified) การรักษาด้วยวิธีนี้ แพทย์จะให้
ผู้ป่วยดมยาให้ไม่รู้สึกตัวก่อนทำการรักษา

จำนวนครั้งของการทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแตกต่างตามชนิดของโรค
ความรุนแรงของอาการ ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ทำ 8 - 16 ครั้ง

ประสิทธิภาพการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการ
ศึกษาพบว่าสามารถใช้รักษาได้ผลในผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะปฐมภูมิ
ชั้ดเจน ที่มีอาการรุนแรงและในผู้ป่วยที่ด้านการรักษา (treatment - resistant
illness) โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการให้ยาต้านโรคจิต และยังพบว่า²
อาการด้านบวกมีการตอบสนองที่ดีกว่า สามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วย
ในคนไข้โรคจิตเภทนิดหนาดระเวน ใช้ได้ผลในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการ
catatonic

การรักษาด้วยไฟฟ้า อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิดขึ้นกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ทำให้อัตรา³
การเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นบางรายทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ⁴
หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งมักเกิดในคนที่มีปัญหาโรคหัวใจอยู่แล้ว
มีผลต่อพุทธิปัญญา (cognitive function) ซึ่งแต่ละคนไม่เท่ากัน ไม่สามารถ⁵
เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้ข้อมูลทบทวนความจำ (การพื้นฟูความจำ) โดย⁶
เฉพาะในช่วงหลังทำการทำการรักษาด้วยไฟฟ้าใหม่ๆ แต่ความจำที่เสียไปนี้จะ⁷
ดีขึ้นหลังจากหยุดการรักษา

ผลข้างเคียงอื่นๆ ของการรักษาด้วยไฟฟ้าที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้จะหายได้เอง หรือพิจารณาให้ยาแก้ปวด แก้อาเจียน อาจเกิดกระดูกหักและข้อเคลื่อน (fracture and dislocation) หยุดหายใจนาน (prolonged apnea) พบได้บางรายหรือในรายที่ได้ยานอนหลับหรือให้ยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) หากเกินไป การสำลักเศษอาหารเข้าปอด อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่ดอาหารก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า บางรายพบอาการ post convulsive excitation มีอาการวุ่นวายในระยะ confusional stage บางรายพบกล้ามเนื้อรอบกล่องเสียง หดตัวเกร็ง (laryngeal spasm) ซึ่งเป็นผลมาจากการ parasympathetic reflex บางรายมีอาการปวดศีรษะในช่วง 1 - 2 ชั่วโมง หลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

การรักษาด้วยไฟฟ้ามีข้อห้ามและข้อควรระวัง คือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure) จาก brain tumor หรือจาก recent cardiovascular accident หรือจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดอื่นๆ ผู้ป่วยมีภาวะทาง cardiovascular เช่น myocardial infarction หรือมี cardiovascular accident ภายใน 3 เดือนก่อนทำการ ECT หรือมี severe arrhythmia มีความดันโลหิตสูง เช่น ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/100 mmHg ภายใน 24 ชั่วโมง หากพบผู้ป่วยมีภาวะต่างๆ เหล่านี้ จะไม่ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า และควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งครรภ์ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคปอด โรคลมชัก ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ป่วยที่ได้รับยาบางกลุ่ม เช่น anticonvulsants , antidepressants, benzodiazepines, lithium, clozapine

ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ต้องประเมิน และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อน ได้แก่ การให้ความรู้ความเข้าใจแผนการรักษา ความรู้เรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้า การเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย เช่น สัญญาณชี้พ การตรวจร่างกาย การตรวจคลื่นหัวใจกรณีอายุ 45 ปี ขึ้นไป หรือมีข้อบ่งชี้ การส่ง X-ray กระดูกสันหลัง ปอด กรณีมีข้อบ่งชี้ การใช้

พื้นปลอม การใช้ค่อนเทคโนโลยี ความพร้อมด้านจิตใจ แพทย์พิจารณาหยุดยาหรือลดยาที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น lithium, clozapine มีข้อห้ามใช้ theophylline และ reserpine ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ประเมิน TMSE ในรายที่จำเป็น NPO ก่อนส่งทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 6 ชั่วโมง เป็นต้น

ภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า สิ่งสำคัญที่ต้องประเมิน คือ สัญญาณชี้พากะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดหลัง ภารบาทเจ็บตามร่างกาย ภาวะสับสนของผู้ป่วย ประเมินอาการทางจิต เปรียบเทียบก่อนหลังให้การรักษา เป็นต้น

การรักษาด้านจิตสังคม

ขบวนการรักษาทางจิตเวชที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การรักษาด้านจิตสังคม ซึ่งบุคลากรทางจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการทำการรักษาด้านจิตสังคมชนิดต่างๆ ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย

การทำการรักษาด้านจิตสังคมมี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล
2. การรักษาด้านจิตสังคมแบบกลุ่ม

1. การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล

การให้การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ผู้มีปัญหามาพบผู้ให้การบำบัดที่มีความรู้ทักษะในการสื่อสาร และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประสบความสำเร็จในชีวิต การให้การบำบัดรายบุคคลมักเป็นปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นปัญหาที่เป็นความลับ และมักเป็นปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจ

การให้การวิจัยด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล มักต้องใช้เวลา และสถานที่ที่เฉพาะเป็นส่วนตัว และใช้เทคนิคของการสื่อสารและสัมพันธภาพ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ลักษณะของปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการให้การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล เน้นปัญหาดังนี้

- 1) อาการณ์ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องการระบายความรู้สึก
ไว้วางใจ และปลดภัยในการพูดกับผู้ให้การบำบัดโดยตรง

2) ปัญหาส่วนตัว ที่ต้องการความเข้าใจเจาะจง

3) ปัญหาการปรับตัวด้านต่างๆ รวมถึงการพัฒนาตนเอง

4) การแก้ปัญหา การตัดสินใจในสภาพการณ์เฉพาะราย

โดยสรุป การให้การรักษาด้านจิตสังคม โดยทั่วไปมักเริ่มต้นด้วยการให้การรักษาด้านจิตสังคมเป็นแบบรายบุคคล จากการที่ผู้รับบริการเข้ามาขอรับบริการ ด้วยความรู้สึกเครียด ทุกข์มาก ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจเป็นปัญหาของตนเองโดยตรง หรือเป็นปัญหาของคนใดคนหนึ่งในครอบครัวก็ตาม ผู้ให้การบำบัดจะดำเนินการให้คำปรึกษาไปด้วยในเบื้องต้น บางรายก็อาจลิสต์สุดการให้คำปรึกษาในครั้งแรกเพียงครั้งเดียว บางรายก็อาจต้องการปรึกษาต่อเนื่อง ผู้ให้การบำบัดสามารถตัดต่อได้ตามความเหมาะสม บางรายก็อาจเปลี่ยนวิธีการเป็นการให้การบำบัดแบบกลุ่ม

ปัญหาส่วนใหญ่ของการให้การรักษาด้านจิตสังคมแบบรายบุคคลมักเป็นปัญหาส่วนตัว ที่ผู้ขอรับบริการไม่ต้องการเปิดเผย ผู้ให้การรักษาด้านจิตสังคมจะใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา หลายฯ เทคนิคตามความเหมาะสม ตั้งแต่เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการกับปัญหา การเสริมสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการปรับพฤติกรรม ตามแนวคิดแต่ละทฤษฎี ที่ใช้ ดังได้กล่าวมาแล้วในบทต้นๆ

2. การรักษาด้านจิตสังคมแบบกลุ่ม

การให้บริการปรีวิชาแบบกลุ่ม จะเกี่ยวข้อง 3 เรื่องต่อไปนี้

กลไกกลุ่ม (group dynamics)

กระบวนการกลุ่ม (group process)

แรงผลักดันในการรักษา (therapeutic forces)

กลไกกลุ่ม (group dynamics)

กลไกกลุ่ม เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์และการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดพลังในกลุ่มจะเกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะคือ อารมณ์ (emotion) ความรู้ พุทธิปัญญา (cognition) และการแสดงออก (action)

1. อารมณ์ จะแสดงออกได้ คือ

1.1 การยอมรับ (acceptance) เป็นบรรยากาศที่สามารถยอมรับเห็นอกเห็นใจ ความเป็นมิตร ผ่อนผัน ผ่อนยาวยังการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในกลุ่ม

1.2 การเสียสละ (altruism) เป็นการเห็นประโยชน์คนอื่นมากกว่าตนเอง โดยคิดว่า “ฉันลืมความทุกข์ยากของตนเอง เมื่อคิดถึงการช่วยเหลือผู้อื่น หรือการช่วยเหลือผู้อื่นทำให้ฉันมีความสำคัญต่อชีวิตของเขาเหล่านั้น” นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึงการแนะนำลดลงของการสนับสนุนในกลุ่มการเสียสละ และสนใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการแสดงออกถึงความรักความเห็นใจและให้ข้อคิดเห็นแก่สมาชิก

1.3 เกิดความสัมพันธ์ทางอารมณ์ (transference) ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน เช่น เกิดความชอบพอ มีความรักความต้องการเป็นมิตรต่อกัน

2. ความรู้ความเข้าใจ ได้แก่

2.1 เมื่อสมาชิกได้รับฟังปัญหาของผู้อื่น และนำมาเปรียบเทียบ

กับปัญหาของตนเองทำให้มองเห็นว่าปัญหาของตนเองนั้นยังน้อยกว่าปัญหาของผู้อื่น เกิดความเข้าใจตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองขึ้น

2.2 ทำให้เข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม คนใดคนหนึ่งไม่ได้เกิดขึ้นกับเขาคนเดียว แต่เกิดขึ้นได้กับคนอื่น เช่นเดียวกัน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้เสมอ ทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความเข้าใจ ความทุกข์ หรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ลดลงได้

2.3 ปัญหาที่พูดคุยในกลุ่มเป็นการให้สมาชิกเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ โดยใช้สติปัญญาของตัวเอง และคิดได้ว่าปัญหาที่ได้รับพังในกลุ่ม เป็นปัญหาที่ไม่ได้คิดมาก่อน และใช้สติปัญญาของตนเองในการพิจารณาว่า จะเชื่อหรือไม่เชื่อ

3. การแสดงออก ได้แก่

3.1 การที่สมาชิกร่วมกลุ่มกัน ต้องระมัดระวังทั้งคำพูด ท่าทาง ตลอดจนการแสดงออกเพื่อการเข้าสังคมกับสมาชิกในกลุ่ม ปรับตนเองโดยการหาแนวทางใหม่ๆ ให้เข้ากับกลุ่มได้ (reality testing)

3.2 การระบายความทุกข์หรือปัญหาทางอารมณ์ภายในจิตใจ ออกมานอกจากนี้ เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายขึ้น ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหา แต่เป็นการลดความตึงเครียดลง และต่อไปจะได้พิจารณาเรื่องราวต่างๆ ของตนและสิ่งแวดล้อมได้ (ventilation)

3.3 การที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งจะเกิดปฏิสัมพันธ์ (interaction) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน ให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดี (sharing)

นอกจากนั้น ยังมีกลไกที่พบได้ เช่น การให้ข้อเสนอแนะ (suggestion) การให้กำลังใจ (Reassurance) การได้มีส่วนร่วมสั่งสรรค์ สนทนากัน ให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดี (sharing)

กระบวนการกรุ่ม (group process)

ถ้าพิจารณาตามสภาพความเป็นจริงในทางปฏิบัติ กระบวนการกลุ่มนี้ได้แยกออกจากกันเป็นขั้นๆ อย่างชัดเจน จะมีความเหลื่อมล้ำกันของแต่ละขั้น และกระบวนการดังกล่าวจะดำเนินติดต่อกันไปอย่างสืบเนื่อง ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานดังนี้

1. **ขั้นเริ่มต้น (initial stage)** เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับสมาชิกและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจอย่างแท้จริง

หน้าที่ที่สำคัญของผู้นำกลุ่มในขั้นนี้คือ ช่วยให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่ม การสำรวจ และทำให้เป้าหมายที่ตนเองต้องการจากการเข้ากลุ่มกระจ่างชัด และเป้าหมายที่มีควรเป็นลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรม

Corey (1981:36) ได้สรุปบทบาทของผู้นำกลุ่มในขั้นเริ่มต้นไว้ดังนี้

- 1.1 แนะนำกฎเกณฑ์ทั่วไปของกลุ่ม
- 1.2 สอนเกี่ยวกับพื้นฐานของกระบวนการกรุ่ม
- 1.3 สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจและปลดภัยภายในกลุ่ม
- 1.4 เป็นตัวแบบของปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการให้ความช่วยเหลือ
- 1.5 เปิดเผยทั้งต่อตนเองและสมาชิกกลุ่ม
- 1.6 แลกเปลี่ยนความคาดหวังที่ตนมีต่อกลุ่มให้สมาชิกทราบ
- 1.7 มีอารมณ์ความรู้สึกร่วมกับกลุ่ม
- 1.8 แสดงให้กลุ่มเห็นว่าสมาชิกแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบต่อทิศทางและเป้าหมายของกลุ่ม
- 1.9 ช่วยสมาชิกพัฒนาเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่มีความหมายต่อตัวสมาชิกแต่ละคน
- 1.10 ช่วยให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ทั่วไปอย่างชัดเจน
- 1.11 ให้ความช่วยเหลือเมื่อสมาชิกมีความวิตกกังวล

1.12 ให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาเมื่อสมาชิกมีคำถามต่างๆ เกี่ยวกับกลุ่ม

1.13 ช่วยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมกับกลุ่ม และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างทั่วถึง ไม่ทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งรู้สึกว่าถูกกลุ่มทอดทิ้งไม่ได้รับความสนใจ

1.14 ช่วยให้สมาชิกลดการพึงพาผู้นำกลุ่ม หันมาพึงพาตนเอง และกลุ่มเพิ่มขึ้น

2. ขั้นการทำงาน (working stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองและต้องการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาที่ตนเองมี ต้องการแนวทางในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งสมาชิกกลุ่มจะร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

Corey (1981:48) ได้สรุปบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้

2.1 ช่วยให้สมาชิกตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนจะเกิดขึ้นได้เมื่อสมาชิกลงมือปฏิบัติ

2.2 เป็นตัวแบบที่จะแสดงให้เห็นถึงท่าที และปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมา เพชรบุหน้า กับสมาชิกกลุ่มอย่างเปิดเผยจริงใจ และเอื้ออาทร

2.3 ให้กำลังใจแก่สมาชิกที่เต็มใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการเริ่มต้นทำสิ่งใหม่ๆ ไม่ปล่อยตัวตามเคยซึ่งเก่าๆ และสนับสนุนให้สมาชิกนำประสบการณ์ที่เรียนรู้ใหม่จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.4 ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความหมายของพฤติกรรมที่เขาแสดงในจังหวะที่เหมาะสมเพื่อสมาชิกจะได้สำรวจตนเองให้ลึกซึ้งและพิจารณาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.5 ช่วยให้สมาชิกระบายน้ำรู้สึกที่ค้างค้างหรือที่เคยเก็บกดอยู่ออกมา และช่วยให้สมาชิกรู้สึกสบายใจ ไม่กังวล

2.6 สอนสมาชิกให้เผชิญหน้ากับสมาชิกอื่นด้วยความยอมรับ นับถือซึ่งกันและกัน

2.7 สนับสนุนให้สมาชิกรู้ว่า ถ้าเข้าต้องการอะไรจากกลุ่ม เขาควรสื่อความต้องการนั้นออกมาระยะๆ

2.8 ช่วยสมาชิกให้มองเห็นทางเลือกที่เป็นไปได้หลายๆ ทางใน การแก้ไขปัญหา

2.9 เพิ่มความสนใจที่การเปลี่ยนความเข้าใจไปสู่การลงมือปฏิบัติ

2.10 สงเสริมความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว ร่วมมือช่วยเหลือกันและ กันในกลุ่ม

2.11 ให้แรงเสริมต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของกลุ่ม เช่น การ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา และให้ กำลังใจแก่สมาชิกที่จะเริ่มต้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

3. ขั้นปิดกลุ่ม (closing stage) ขั้นปิดกลุ่มเป็นขั้นที่สำคัญที่ จำเป็นต้องทำทุกครั้งที่ยุติกลุ่ม เพราะเป็นขั้นที่ช่วยรวมประสบการณ์ ว่าเขาเรียนรู้อะไรบ้างจากกลุ่ม และเขาจะนำไปใช้ให้ประโยชน์ได้อย่างไร ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเข้า ในขั้นนี้ Corey (1981:52-63) ได้สรุป บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ ดังนี้

3.1 ให้การส่งเสริมแก่สมาชิกที่เปลี่ยนแปลงตนเอง และดูแลให้ ความรู้สึกดังด้านที่สมาชิกยังมีต่อกันหมดไป

3.2 ช่วยสมาชิกพิจารณาว่าอะไรบ้างที่เขาเรียนรู้จากกลุ่มแล้ว สามารถนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงของเข้าได้

3.3 ช่วยสมาชิกพัฒนาแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำในรูปของข้อตกลง (contracts) และการให้การบันทึกปฏิบัติทำให้ พฤติกรรมที่ต้องการพัฒนาบรรลุผล

3.4 ช่วยจัดเวลาให้เหมาะสมเพียงพอที่สมาชิกจะสามารถพูด

ถึงความรู้สึกค้างค้างที่เข้ายังมีอยู่และการให้การบ้านไปฝึกปฏิบัติทำให้พฤติกรรมที่ต้องการพัฒนาบรรลุผล

3.5 ช่วยสมาชิกกลุ่มรวมรวมในทัศน์ที่สำคัญทั้งหมดที่เรียนรู้จากกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และสามารถนูรณาการประสบการณ์ทั้งหมด รวมทั้งจดจำประสบการณ์ เกี่ยวกับกลุ่มได้

3.6 ช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับต่อกันเกี่ยวกับประสบการณ์เรียนรู้จากกลุ่ม

3.7 สนับสนุนให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกอย่างเต็มที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่เขามีต่อกลุ่ม และเป็นกำลังใจให้ผ่านพ้นความรู้สึกเครัวໂຕกินในวาระที่ต้องจากกัน

3.8 ย้ำให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาความลับของกลุ่ม โดยไม่นำข้อมูลของสมาชิกและเหตุการณ์ภายนอกกลุ่มไปพูดภายนอกกลุ่ม

3.9 ช่วยให้แนวทางและกรอบที่สมาชิกกลุ่มจะประเมินผล เกี่ยวกับประสบการณ์กลุ่มที่มีผลต่อตัวเขาระและประเมินประสิทธิภาพของกลุ่ม

3.10 ให้ความช่วยเหลือโดยให้บริการปรึกษารายบุคคลแก่สมาชิกที่ต้องการปรึกษาภัยหลังกลุ่ม หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่เข้าต้องการภัยหลังปิดกลุ่ม

แรงผลักดันในการรักษา (Therapeutic forces)

Ohlsen, Horne และ Lawe (1988) ได้พูดถึงแรงผลักดันในการรักษา เกือบทุกสถานการณ์ของกลุ่มที่สมาชิกต้องการ

1. การยอมรับจากกลุ่ม
2. ความคาดหวังของกลุ่ม

3. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ

4. ความรู้สึกปลดภัย

Yalom (1975) ได้กล่าวถึงกลไกกลุ่มที่จะทำให้เกิดแรงผลักดันในการรักษา ดังนี้

1. การเสียสละ (altruism) กลุ่มทำให้สมาชิกรู้ว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจ สมาชิกจะไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น และจะภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

2. การผนึกกำลังในกลุ่ม (group cohesiveness) การมาช่วยกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสมาชิกและผู้นำกลุ่มทำให้เกิดความสามัคคีรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3. การเรียนรู้การมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal learning) กลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีที่จะติดต่อกัน อยู่ร่วมกัน สมาชิกได้เรียนรู้ใหม่ ได้มีโอกาสแก้ไขสภาวะทางอารมณ์ใหม่

4. การแนะนำ (guidance) ใน การเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกจะได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา หรือลดความวิตกกังวลของสมาชิกลง

5. การระบายอารมณ์ (catharsis) ในกลุ่มสมาชิกสามารถระบายความรู้สึกดับข้อใจ ความขัดแย้งที่เก็บอัดในใจ เมื่อสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจแล้ว จะมีผลให้มีจิตใจไปร่วมขึ้น อารมณ์สงบ และมีพัฒนาการด้านอารมณ์

6. การเลียนแบบ เขาว่าย่างหรือทำตัวให้เหมือน (identification) ในกลุ่มสมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของผู้นำกลุ่ม หรือระหว่างสมาชิกที่เข้าชื่นชอบ ผู้นำกลุ่มจะเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการฟัง การตอบสนองเหตุการณ์ด้วยท่าทีสูงและ การเข้าใจอื่น

7. การรื้อฟื้นประสบการณ์ในครอบครัว (family reenactment)

กลุ่มประกอบด้วยสมาชิกต่างเพศ ต่างวัย ทำให้กลุ่มนี้มีลักษณะหลายอย่าง คล้ายครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มหลายๆ อย่าง คล้ายปัญหาในครอบครัว

8. ความเข้าใจตนเอง การมาเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ความรู้สึกของตนเองในอดีตและปัจจุบัน ทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองมากยิ่งขึ้น

9. การมีความหวังเพิ่มขึ้น การมาเข้ากลุ่มเป็นการสร้างความหวังใหม่ให้แก่สมาชิก เห็นสมาชิกอื่นๆ มีปัญหาเหมือนตนเองและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น

10. ความรู้สึกอันเป็นสากล เมื่อเข้ากลุ่มแล้ว จะจะรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหาอย่างเดียวกัน บางคนอาจมีปัญหามากกว่าคนอื่น ความรู้สึกที่ว่าตนมีความทุกข์คนเดียวจะหมดไป

11. ความเป็นจริง สัจธรรม กลุ่มจะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงความจริง ยอมรับความจริงได้มากขึ้น

องค์ประกอบของกลุ่ม

การดำเนินการของกลุ่มหรือการจัดการกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ นั้นไม่เพียงแต่จะขึ้นอยู่กับการดำเนินการภายในกลุ่มเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับองค์ประกอบของกลุ่มดังต่อไปนี้อีกด้วย

- ขนาดของกลุ่ม
- ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง
- การจัดสถานที่
- รูปแบบการจัดที่นั่งของสมาชิก
- ลักษณะของกลุ่ม
- การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม

ขนาดของกลุ่มจะมีจำนวนสมาชิกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม โดยทั่วไปจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยประมาณ 8-12 คน ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์เพียงพอที่จะเป็นพลังของกลุ่ม ถ้าสมาชิกมีมากเกินไปก็จะทำให้สมาชิกแต่ละคนมีเวลาอ้อมน้อยที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงอารมณ์ และความคิดเห็นต่างๆ น้อย แต่ถ้าสมาชิกมีน้อยเกินไปจะทำให้การดำเนินการในชุมชนกลุ่มลดลง ปฏิสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวของกลุ่มก็จะลดลงตามไปด้วย

ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ขึ้นอยู่กับชนิดและวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ที่กำหนดไว้ โดยทั่วไประยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 60-90 นาที ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ส่วนความถี่ในการให้การปรึกษาแบบกลุ่มควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยกเว้นในกลุ่มประเภทเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการทำเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ในระยะเวลาที่จำกัด สัปดาห์หนึ่งอาจพบกับมากกว่า 1 ครั้ง

อย่างไรก็ตาม การจัดกิจกรรมให้มีช่วงเวลา ความถี่ จำนวนครั้งที่เหมาะสมสมนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ เช่น ลักษณะของสมาชิก สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ลักษณะของปัญหา ดังนั้นผู้จัดกิจกรรมจะต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มสามารถดำเนินไปด้วยความราบรื่น

การจัดสถานที่

การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ (interaction) ภายในกลุ่ม ห้องที่ใช้จัดกิจกรรมควรมีขนาดเล็ก แต่ก็เก้าว่างพอที่กลุ่มจะทำกิจกรรมได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลาย และเป็นอิสระ

รูปแบบการจัดที่นั่งของสมาชิก

รูปแบบการจัดที่นั่งของสมาชิก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ซึ่งการจัดตำแหน่งของสมาชิกขึ้นอยู่กับหลักในการทำกลุ่มว่า จะใช้สมาชิกเป็นศูนย์กลางหรือผู้นำกลุ่มเป็นศูนย์กลาง

ลักษณะของกลุ่ม

โดยทั่วไปลักษณะของกลุ่มนักจำกัดตามการเข้าออกของสมาชิกในกลุ่ม และความคล้ายหรือแตกต่างกันของสมาชิก รายละเอียดดังนี้

1. การเข้าออกของสมาชิกในกลุ่ม

1.1 กลุ่มปิด (closed groups) หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวทั้งหมด เติ่งต้นจนกระทั่งยุติการเข้ากลุ่ม การจัดกลุ่มแบบปิดนี้จะช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาไปตามลำดับอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 กลุ่มเปิด (open groups) หมายถึง กลุ่มที่มีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะๆ ซึ่งการมีสมาชิกใหม่เข้าไปในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการและกระบวนการกลุ่มได้ จึงมักใช้ในกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความต่อเนื่อง ซึ่งในทางปฏิบัติ การจัดกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงานจิตเวชมักจะเป็นกลุ่มเปิด เพราะข้อจำกัดที่ว่าผู้ป่วยเก่าจะหายจากโรงพยาบาลไป และมีผู้ป่วยใหม่เข้ามา

2. ความคล้ายและความแตกต่างกันของสมาชิก

2.1 กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous groups) เป็นการนำสมาชิกกลุ่มเดียวกันมาเข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กลุ่มสมาชิกวัยเดียวกัน กลุ่มสมาชิกเพศเดียวกัน เป็นต้น

2.2 กลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน (heterogeneous groups) คือ การนำสมาชิกหลายๆ ลักษณะ หลายวัย หลายโรค หลายอาการ ต่างเพศ มาเข้ากลุ่มเดียวกัน

- ข้อดีของกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ สมาชิกมักสร้างสัมพันธภาพได้รวดเร็ว มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความสนใจที่

จะเรียนรู้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มากไม่ค่อยมีความขัดแย้งและเบื่อหน่าย เช่น กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV

- ข้อดีของกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกัน คือ สภาพกลุ่มเป็น สภาพจำลองที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่า สมาชิกจะเรียนรู้วิธีการ สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกที่มีภูมิหลังแตกต่างจากตนได้ เช่น อายุต่างกัน อาจมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ต่างกันหรือเพศต่างกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มยอมรับความแตกต่างนี้ได้

การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

แบบแผนการเข้ากลุ่มของสมาชิกแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. **ผู้ที่สมัครใจ** (the volunteer) จะตัดสินใจเข้าร่วมมากลุ่มด้วยความ เต็มใจของตนเองจากข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนที่เคยเข้ากลุ่มแล้ว หรือจาก แหล่งข้อมูลอื่นๆ พวนนี้จะได้รับประโยชน์จากการบวนการกลุ่มมากกว่าผู้ที่ ไม่สมัครใจ ดังนั้นความสำเร็จของกระบวนการการกลุ่มก็มีแนวโน้มมากขึ้นถ้ามี สมาชิกประเภทนี้

2. **ผู้ที่สมัครใจแกมถูกบังคับ** (the forced volunteer) บุคคล ประเภทนี้เข้ากลุ่ม เพราะได้รับการค้ายั่นคายอ หรือถูกชี้นำให้เข้ากลุ่ม

3. **ผู้ที่ถูกบังคับให้เข้าร่วมกลุ่ม** (the forced participant) ผู้นำกลุ่ม ต้องให้เวลาแก่สมาชิกเหล่านี้มาก เพื่อให้กล้าเปิดเผยตนเอง และได้รับ ประโยชน์จากการบวนการกลุ่ม

จะเห็นได้ว่าผู้นำกลุ่มควรเลือกสมาชิกที่สมัครใจ และสมาชิกที่ผู้นำ กลุ่มรู้สึกว่ากระบวนการการกลุ่มสามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้

ชนิดของกลุ่ม

การแบ่งชนิดของกลุ่ม อาจแบ่งตามจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกได้ เรียนรู้จากกลุ่มหรือทำกิจกรรมในกลุ่ม ในที่นี้จะอธิบายเฉพาะชนิดของกลุ่ม

ที่บุคลากรทางจิตเวชสามารถประยุกต์ใช้ในการรับมือด้วยวิธีปัจจุบัน เช่น

- กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy)
- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group)
- กลุ่มภาพสะท้อน (projective group)
- กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (discharge group)
- กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)
- กลุ่มวาดรูป (drawing group)
- กลุ่มชุมชนบำบัด (therapeutic community)
- กลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy)

ดังนี้

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy)

การรักษาจิตบำบัดประคับประคอง เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานทางจิตเวชทั่วไป มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชทุกรูปแบบ ทั้งกลุ่มที่มีปัญหาด้านประสิทธิภาพการทำงานของจิตใจ เช่น ผู้ป่วยโรคจิต หรือโรคจิตเวชเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นมานาน จนถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีสภาพจิตใจ และการทำงานของจิตใจดีมาก่อน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและญาติ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Novalis (1992) ได้ให้คำจำกัดความ เป้าหมายของการรักษาแบบจิตบำบัดประคับประคอง เพื่อ

- ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบประคับประคองระหว่างผู้รักษา กับผู้ป่วย
- ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและสามารถปรับตัว
- ช่วยให้ผู้ป่วยรับความช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น
- ลดความรู้สึกไม่สบายนหรือความผิดปกติของผู้ป่วยทั้งในเรื่องของ

ความรู้สึกและพฤติกรรม

- ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระมากที่สุดจากโรคจิตเวชที่เป็นอยู่
- ช่วยให้มีความเป็นตัวเองในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของตน

คุณสมบัติของนักบำบัด

- จะต้องรู้ความปกติและความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม และวัฒนธรรมของสมาชิกกลุ่ม

- เข้าใจและรับรวมทุกภูมิปัญญาที่มีเหตุผลเพื่อสอดคลอกในการเข้าใจความคิดและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

- มีการหยงรู้ในการปฏิบัติได้แก่ ควบคุม สังเกต เข้าใจคำพูด ท่าทางของสมาชิกกลุ่ม

- มีความอดกลั้นสูงต่ออุปสรรคที่น่าเบื่อหน่าย มองโลกในแง่ดี

- มีความกล้าหาญ กล้าพูดความจริงเมื่อถึงเวลาอันสมควร ยอมรับความผิดพลาดของตนโดยไม่หันไปโทษบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม

- มีความยืดหยุ่นสามารถแก้ไขเทคนิคโดยไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา เช่นอาจขยายหัวข้อเรื่องหนึ่งไปยังอีกเรื่องหนึ่ง

- มีความอบอุ่น เป็นกันเอง สุภาพอ่อนโยนน่าคบหาสมาคมด้วย

บทบาทของนักบำบัด

- การเป็นผู้นำกลุ่ม โดยต้องพยายามสร้างให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวในกลุ่ม โดยสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่ม มีการพูดคุยกันโดยไม่ต้องกำหนดหัวข้อหรือกำหนดติกาต่างๆ ภายในกลุ่ม แต่ให้สมาชิกพูดคุยกันโดยไม่ต้องกำหนดหัวข้อต่างๆ ร่วมกัน ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องที่เก็บกดเอาไว้ก็ตาม กระตุ้นให้สมาชิกร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม ด้วยกัน นักบำบัดทำตัวเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก(semi-member)เมื่อกลุ่มดำเนินไปได้

- การเป็นผู้วิเคราะห์และแปลความหมาย เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงสถานการณ์ต่างๆ

ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช้าใจถึงการกระทำของตนเอง วิเคราะห์ตนเองในกลุ่ม นักบำบัดจะเข้าไปวิเคราะห์ต่อเมื่อกลุ่มไม่สามารถเข้าใจถึงกระบวนการที่ดำเนินไปในกลุ่ม โดยให้เวลาแก่สมาชิกกลุ่มพoS นควรรณแน่ใจว่าไม่อาจจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆได้แล้ว

- จะต้องเก็บข่าวสารที่เป็นอันตรายต่อสมาชิกในกลุ่มไม่ให้ออกไปสู่ภายนอกหรือถ่ายทอดให้ผู้อื่นรับรู้ และต้องเตือนสมาชิกกลุ่มไม่ให้นำเรื่องราวที่พูดคุยในกลุ่มไปพูดข้างนอก

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group)

เป็นกลุ่มที่เกิดจากบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน มาร่วมกันด้วยความสมควรใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการสนับสนุนด้วยความต้องการเข้าชนะความพิการหรือแก้ปัญหาชีวิตที่มีร่วมกัน เช่น กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสมาชิกจะใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับมาร่วมกันอภิปรายเพื่อหาแนวทางหรือการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การทำงานของกลุ่มเกิดการปฏิสัมพันธ์และความความไม่ร่วงใจ ความร่วมรู้สึกในสุนนະลงเรือลำเดียวกันของสมาชิกในกลุ่ม

ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่มีการแบ่งชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้เป็นสากระดับ แต่อาจแบ่งกลุ่มออกได้เป็น 4 ชนิด (Pasket & Madara, 1985) คือ

1. กลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสมาชิกอาจเป็นผู้ป่วย บิดามารดาของผู้ป่วย หรือครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญๆ ที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนไป เช่น กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

2. กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (anonymous) ต่างๆ ซึ่งมักจะเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดสิ่งเสพติด

3. กลุ่มให้การสนับสนุนทางสังคม (social support group) สำหรับบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น กลุ่มหย่าร้าง

4. กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชน สำหรับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิศตรี กลุ่มคนชรา กลุ่มรักกิริมเพศ เป็นต้น

ลักษณะของกลุ่มสมาชิกพัฒนาตนเองที่แตกต่างจากกลุ่มนี้น่าคือ

1) เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2) กิจกรรมต่างๆ ทั้งการเริ่มจัดตั้ง การดำเนินงาน กระทำโดยสมาชิกของกลุ่มเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคลากรซึ่งเป็นนักวิชาชีพ

3) การทำงานของกลุ่มอาศัยหลักที่ว่า สมาชิกผู้ที่เคยมีประสบการณ์ หรือปัญหาและผ่านพ้นปัญหานั้นมาแล้ว ถูกนับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความรู้จากประสบการณ์ตรง จะเป็นผู้แสดงบทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือ แก่สมาชิกใหม่ ซึ่งบทบาทนี้ไม่สามารถกระทำได้โดยนักวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ดังนั้น ลักษณะของกลุ่ม เช่นนี้จะไม่มีผู้นำกลุ่มที่เป็นนักวิชาชีพ แต่จะมีผู้นำกลุ่มจากสมาชิกของกลุ่ม

กลุ่มภาพสะท้อน (projective group)

กลุ่มภาพสะท้อนหมายถึง กลุ่มภาพวาดที่สะท้อนออกมายาก ความรู้สึกนึกคิดของผู้วาด ซึ่งเป็นกลุ่มจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ทำให้สามารถเข้าใจถึงบุคลิกภาพและปัญหาต่างๆ ของบุคคล โดยผ่านทางการวาดภาพ วัดถูกประสงค์ของกลุ่มภาพสะท้อน

1. เพื่อให้สมาชิกได้ระบายปัญหาความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ โดยการวาดภาพและการพูดคุยแสดงความคิดเห็น

2. เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจปัญหาของตนเองและผู้อื่น

3. เพื่อให้สมาชิกมองเห็นและเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล

4. เพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
5. เพื่อให้สมาชิกได้กล้าแสดงออก
6. เพื่อให้สมาชิกเกิดการปัวบตัวในสังคม
7. เพื่อให้มีสมัพนธภาพที่ดีกับผู้อื่น
8. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนนำบัดต่อไป

วิธีการดำเนินการกลุ่มภาพสะท้อน

จำนวนผู้เข้ากลุ่ม จำนวนสมาชิกประมาณ 15 - 20 คน

สถานที่

1. ขนาดของห้องไม่ควรจะแคบหรือกว้างจนเกินไป สะดวกต่อการเคลื่อนไหว

2. บรรยากาศเงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน
3. สะอาด มีแสงสว่าง อากาศถ่ายเทได้สะดวก
4. ควรมีอุปกรณ์ภายในห้องพร้อม เช่น เก้าอี้ บอร์ด หรือกระดาษดำ ระยะเวลา ประมาณ 45 - 60 นาที หรือไม่เกิน 1 ชั่วโมงครึ่ง อุปกรณ์

1. กระดาษไปสเตอร์สีขาว ขนาด $22'' \times 30''$ ตามแบบกระดาษมาตรฐาน

2. ดินสอสี สีเทียนหรือสีเครยอน

3. เทปกาว

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการกลุ่มภาพสะท้อน

1. จัดเก้าอี้ให้สมาชิกนั่งเป็นครึ่งวงกลม ทุกคนสามารถมองเห็นภาพได้ชัดเจน และสะดวกในการลุกเดินไปมา

2. นำกระดาษไปสเตอร์ไปติดบนกระดาษหรือผาผนัง

3. นักบำบัดกล่าวต้อนรับ และแนะนำตนเองพร้อมทั้งให้สมาชิกแนะนำตนเองด้วย แจ้งให้สมาชิกทราบถึงวัน เวลาที่เข้าร่วมกลุ่ม ชื่อของกลุ่ม และวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

4. นักบำบัดขออาสาสมัครจากสมาชิกอุกมาเชียน วัน เดือน ปี
ที่ด้านบนของกระดาษ

5. นักบำบัดให้สมาชิกอุกมาดรูปอย่างอิสระตามความคิด หรือ
ตามหัวข้อเรื่องที่สมาชิกของกลุ่มช่วยกันกำหนด โดยว่าด้วยทีลักษณ์ พร้อม
ทั้งเขียนซึ่อกำกับใต้ภาพของตน

6. ถ้ามีสมาชิกที่ไม่ยอมวาดรูป นักบำบัดควรกระตุ้นให้สมาชิกได้
วาดรูปเท่าที่จะทำได้

7. ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงภาพที่ตนเองที่ลักษณ์

8. ให้สมาชิกทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็น และเปลี่ยน
ประสบการณ์เกี่ยวกับภาพที่วาด เช่น สวนใจภาพไหน เพราะอะไร ฯลฯ

9. นักบำบัดควรให้กำลังใจ และแสดงความชื่นชมต่อสมาชิกที่รวมกลุ่ม

10. นักบำบัดควรให้สมาชิกพูดถึงความรู้สึกของตน สิ่งที่เกิดขึ้น
หลังจากนั้นนักบำบัดสรุปความคิดเห็นของสมาชิก และกล่าวขอบคุณสมาชิก
ทุกคนที่ให้ความร่วมมือ

การจัดกิจกรรมกลุ่มภาพสะท้อน

การจัดกิจกรรมอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การวาดภาพโดยให้สมาชิกวาดอย่างอิสระตามความคิดของตนเอง

2. ผู้บำบัดกำหนดหัวข้อเรื่องให้สมาชิกวาดตามวัตถุประสงค์ที่
ต้องการแล้วแต่โอกาสและความเหมาะสม

การวิเคราะห์กลุ่มภาพสะท้อน

นักบำบัดควรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการ
ทำงาน หรือได้ผ่านการฝึกฝนอบรมมาทางด้านนี้โดยเฉพาะ และควรมี
ความรู้ทางด้านจิตวิทยา เช่น จิตวิทยาพัฒนาการ การรับรู้ การเรียนรู้ รวมชาติ
และความต้องการของมนุษย์ บุคลิกภาพ รวมทั้งมีความรู้ด้านจิตเวชและ
การทดสอบทางจิตวิทยาเป็นพื้นฐาน เพราะในการวิเคราะห์กลุ่มภาพสะท้อน

นั้น นักบำบัดจะต้องเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการการกลุ่ม ทั้งในด้านพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออก และความหมายของภาพที่ward ในด้านพฤติกรรมนั้นจะต้องสังเกตทั้งในด้านแนวความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และปฏิกรรมต่างๆ ที่สมาชิกแสดงต่อนักบำบัด และต่อสมาชิกในกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือไม่ดี ล้วนมีความหมายทั้งสิ้น ส่วนการแปลความหมายของภาพนั้นจะต้องพิจารณาองค์ประกอบของภาพหลายๆ ด้านร่วมกัน เช่น ขนาดของภาพ ความหนักเบาของเส้น การวางตำแหน่งของภาพบนเนื้อที่กระดาษ การใช้สี รวมทั้งความหมายของสัญลักษณ์ต่างๆ ฯลฯ การเข้าใจความหมายของสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถเข้าใจสมาชิกแต่ละคน ทั้งในระดับจิตสำนึก และจิตใต้สำนึก เข้าใจถึงกลไกทางจิตต่างๆ ที่นำมาใช้ในการจัดการกับตัวเอง เมื่อผู้ช่วยปัญหาหรือความเครียด

กลุ่มวิเคราะห์ (drawing group)

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาต่างๆ ที่อยู่ในส่วนลึกของมาทางวิเคราะห์และภูมิคุย
- เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักปรับตัวในชุมชนใหม่ๆ และรู้จักการทำงานร่วมกัน
- ดูความหมายของภาพที่ward และดูการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย
- เป็นการรักษาอย่างหนึ่ง จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น
- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และรับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับผู้อื่น จากการอธิบายภาพ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. ผู้ป่วยจำนวน 15 -20 คนขึ้นไป
2. เจ้าหน้าที่ในทีมจิตเวชตามความจำเป็น

ผู้นำกลุ่ม

พยายามทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มการประชุม

ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

บุคลากรทางการพยาบาลผลัดกันเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

อุปกรณ์

- กระดาษขาวด้วยน้ำเงินขนาดใหญ่ 1 แผ่น
- สีเทียนทุกสี จัดใส่ภาชนะที่ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวก
- เทป สำหรับติดกระดาษขาวด้วยน้ำเงินบนกระดานหรือผ้าผนัง
- กระดานสำหรับติดกระดาษขาวด้วยน้ำเงิน ถ้าไม่มีใช้ติดบนผ้าผนัง

แทนก็ได้

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. จัดผู้ป่วยให้นั่งเก้าอี้เรียงกันเป็นหน้ากระดาน 4 - 5 แถว เว้นช่องทางเดินตรงกลาง แต่ละแถวห่างกันพอประมาณ เพื่อให้ผู้ป่วยลุกเดินออกไปหาครูปได้สะดวก

2. นำกระดาษขาวด้วยน้ำเงินขนาดใหญ่ 1 แผ่น ติดบนผ้าผนัง

3. เมื่อผู้ป่วยนั่งเรียบร้อยแล้ว ผู้นำกลุ่มจะแนะนำตัวเองและกล่าว

สวัสดีต้อนรับสมาชิกทุกคนและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึง

- วัน เดือน ปี ที่ประชุมกลุ่ม
- ชนิดของกลุ่มคือกลุ่มวัดรูป
- วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มวัดรูป
- ภารกิจและภูมิประเทศที่ในการทำกลุ่มวัดรูป
- ให้ผู้ป่วยทุกคนแนะนำตัวเอง เพื่อสมาชิกทุกคนได้รู้จักกัน

4. ผู้นำกลุ่ม ขออาสาสมัครจากสมาชิกในกลุ่ม ออกรมาเขียนวันเดือน ปี ที่หัวกระดาษขาดเขียน พร้อมทั้งเขียนชื่อกำกับภาพของตนไว้ด้วย
5. ผู้นำกลุ่มออกแบบภาพ ภาพจะขาดภาพอะไรมิได้ตามใจชอบคละ 1 ภาพ พร้อมทั้งเขียนชื่อกำกับภาพของตนไว้ด้วย
6. ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยจัดลำดับการขาดรูปของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแยกกันออกแบบขาดรูป
7. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ยอมออกแบบขาดรูป ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยกระดับให้ผู้ป่วยขาดรูปจนครบทุกคน
8. หลักจากขาดรูปเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มจะถามสมาชิกในกลุ่มว่า มีใครสนใจรูปไหนบ้าง และทำไม่ถึงสนใจรูปนี้ และรูปที่ผู้ป่วยแต่ละคนขาด มีความหมายอย่างไร และทำไม่ผู้ป่วยถึงขาดรูปนี้
9. ผู้นำกลุ่มจะพยายามกระดับให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาติดขอบในกลุ่ม ให้มากที่สุด เกี่ยวกับรูปที่ผู้ป่วยอื่นๆ ขาด
10. เมื่อสมาชิกในกลุ่มตตอบคำตามหรือแสดงความคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องรูปได้ถูกต้องตามความเป็นจริงควรจะป่วยมือให้กำลังใจผู้ป่วยบ้าง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย
11. เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้อธิบายภาพต่างๆ ได้ครบทุกคนแล้ว ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือและนัดหมายการประชุม กลุ่มครั้งต่อไป และปิดการประชุมกลุ่ม

การประชุมประเมินผล

หลังจากเสร็จสิ้นการประชุมกลุ่มผู้ป่วยทุกครั้ง ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จะต้องเข้าร่วมประชุม ประเมินผลการทำการทำกลุ่มร่วมกับผู้สังเกตการณ์ และบุคลากรในทีมทุกครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นในครั้งต่อๆ ไป

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวเข้ากับชุมชน
2. การที่ผู้ป่วยได้วิจารณ์ภาพโดยเสรี ทำให้ผู้นำกลุ่มได้ทราบความคิด ความสนใจและความขัดแย้งใจต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนทางในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น เช่น ผู้ป่วยขาดรูปโลง ศพและบอกว่าตัวเองอยากตาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย
3. ดูจากการเปลี่ยนแปลงในการรักษาว่าเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือเลวลงโดยดูจากรูปที่ผู้ป่วยวาดติดต่อ กันหลายๆ ครั้ง
4. นำผลที่ได้และข้อคิดเห็นเข้าประชุมที่มีผู้รักษา เพื่อช่วยวางแผนการรักษาต่อไป

ข้อแนะนำ ในการทำกลุ่มว่าด้วย

1. ควรตรงต่อเวลา
2. ขณะที่สามารถออกໄປราตรี กลุ่มจะตกลงใจในความเจ็บช้ำขณะผู้นำกลุ่มควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจภาพที่เพื่อนๆ วาด เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการเบื่อหน่าย

สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)

ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความเฉพาะ มีจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตเวช และครอบครัว สามารถรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การเผชิญปัญหาและผลกระทบอย่างกระซับซัดเจนเข้าใจเจ้มแจ้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอุ้ยกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการการรับรู้ข้อมูล และเกิดการตระหนักรู้และเรียนรู้ที่จะเชิญชวนให้ป่วย

ความสำคัญของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า หากผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนและครอบครัวมากแค่ไหน จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวควบคุมความเจ็บป่วยได้มากเท่านั้น และพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยขึ้นอยู่ลงข้อสังเคราะห์กับ

1. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม
2. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา
3. การมาวับบบริการอย่างต่อเนื่อง

ทักษะที่จำเป็นในการทำสุขภาพจิตศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

1. ความเข้าใจมุมมองของผู้ใช้บริการ
2. ทักษะในการบำบัดรักษาทางยา การบำบัดครอบครัว รวมทั้งการปรับพฤติกรรมและความคิด
3. ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

ประโยชน์ของสุขภาพจิตศึกษา

1. ทำให้มี Clinical outcome & Function ของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น
2. สนับสนุนให้มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น
3. ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคลภายในครอบครัว
4. มีอัตราการฟื้นหายของผู้ป่วยสูงขึ้น และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวในครอบครัวและสังคม

5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ
6. ลดความต้องการการดูแลในภาวะวิกฤติและลดอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
7. สงเสริมความพึงพอใจผู้รับบริการให้ดีขึ้น
8. มีความคุ้มค่าในการรักษามากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Discharge group)

กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือกลุ่มผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เป็นกลุ่มนี้ที่จัดขึ้นเพื่อการรักษาโดยใช้หลักการแบบเดียวกับกิจกรรมการรักษาในกลุ่มชุมชนบำบัด

หลักการ

กลุ่มนี้จัดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตฯ เล็ก โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากแต่ละตึกเข้ามาร่วมประชุมกลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จะเน้นเรื่องการติดต่อผู้ดูแลกันโดยเสวีระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยทุกคนให้มีมนุษย์สัมพันธ์ดีขึ้น ฝึกฝนให้ผู้ป่วยได้รู้ผลทางพฤติกรรมสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น ทำให้เข้าสังคมที่ตนอยู่ดีขึ้น การประชุมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับบ้าน
2. เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้ปรับตัวเข้าสู่ชุมชนและสังคมภายนอกโรงพยาบาล พร้อมทั้งวางแผนในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งติดตามผลการรักษาต่อไป
3. เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

- เมื่อสมาชิกทุกคนเข้าร่วมประชุมพร้อมกันแล้ว ผู้นำกลุ่มบอกรัตถุประสงค์และภูมิใจในการทำกลุ่มให้สมาชิกทราบ เช่น การนั่งให้เรียบร้อย ห้ามสูบบุหรี่ ให้ความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม ก่อนลุกออกจากกลุ่มควรขออนุญาตผู้นำกลุ่มทุกครั้ง
 - ผู้นำกลุ่มและสมาชิกทุกคนแนะนำตัว
 - ให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการป่วย การรักษาชนิดต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น การรับประทานยา การทำงาน การเข้าร่วมประชุมกลุ่ม การติดต่อญาติรับกลับ การมาตรวจตามนัด การรับยาต่อเนื่อง การปรับปรุงตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การประกอบอาชีพ โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นและแนะนำซึ่งกันและกัน บุคลากรในทีมผู้รักษาให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วผู้นำกลุ่มเป็นผู้สรุป
 - ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มสรุปร่องที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ทั้งหมด
 - ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่เข้าร่วมประชุมและนัดวัน เวลา ในการประชุมครั้งต่อไป
 - ผู้นำกลุ่มและบุคลากรในทีมรักษาภูมิป่วยร่องที่ได้จากการประชุม การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล
 - รับประทานยาสมำเสมอ
 - สนใจทำความสะอาดร่างกาย
 - เชือฟังแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล
 - พยายามควบคุมอารมณ์ตนเอง
 - มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
 - ช่วยเหลืองานตามความเหมาะสม
 - พิจารณาสาเหตุของความเจ็บป่วย และหาแนวทางแก้ปัญหา

กลุ่มก่อนหน้านี้จะเน้นเรื่องการพิจารณาสาเหตุของความเจ็บป่วยของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม และหาแนวทางแก้ปัญหา ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้จะนิมนาวให้เกิดการยอมรับและปรับตัวให้อยู่กับสภาพปัญหา นั้นได้

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

1. อาการทางจิตทุเลา
2. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้
3. มีญาติมารับ

การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน

1. รับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง จะลดหรือเพิ่มยาต้องปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง ความรับยาก่อนยามด 2 - 3 วัน ไม่ควรปล่อยให้ขาดยา เพราะจะทำให้อาการทางจิตกำเริบได้

2. ช่วยเหลือญาติในการทำงาน ควรหางานทำเพื่อผ่อนคลาย ความตึงเครียด ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตัวเอง ต่อญาติ และไม่เป็นภาระแก่ญาติมากเกินไป

3. งดเว้นสิ่งเสพติดทุกชนิด สิ่งเสพติดทุกชนิดเป็นสาเหตุเสริมทำให้เป็นโรคจิตได้ง่าย โดยเฉพาะยาเสพติดให้โทษทั้งร่างกายและจิตใจ ขอให้ดีเด่นโดยเด็ดขาด

4. เมื่อมีอาการผิดปกติให้รับมาพบแพทย์

อาการที่ควรมาพบแพทย์

1. นอนไม่หลับ ฝันช่า
2. หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่耐煩
3. หูแวง ประสาทหลอน

กลุ่มฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)

การปฏิบัติด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเองตั้งแต่ตื่นนอน ลุกขึ้นจากที่นอนไปป้ายห้องน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ ถ่ายอุจจาระปัสสาวะ เข็คตัว โภนหนวด สวมใส่เสื้อผ้า บุคลากรที่ฝึกสอนกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

1. นักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย การกระตุนกำลังของกล้ามเนื้อมัดใหญ่

2. นักกิจกรรมบำบัด ทำหน้าที่ฝึกการทำงานของมือ ด้านการฝึกฝนวิธีการทำกิจวัตรประจำวัน การประดิษฐ์ดัดแปลงอุปกรณ์ที่จำเป็น และเหมาะสมแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน

3. พยาบาล ควรจะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกด้านการพื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแล้ว ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาความสะอาด สุขอนามัยส่วนตัว และดูแลกระตุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้รับการฝึกฝนมาแล้ว

ประเภทของกิจวัตรประจำวัน

1. ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย (physical daily living)
2. ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางจิตสังคม/อารมณ์ (psychosocial/ emotional daily living)

ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย (physical daily living)

1. สุขอนามัยส่วนบุคคล (grooming & hygiene/personal cleansing)
 - การดูแลตากแต่งทรงผม (hair care)
 - การดูแลฟัน (dental hygiene)
 - การโภนหนวดเครา (shaving)
 - การดูแลนิ้วและเล็บเท้า (nail care)
 - การแต่งหน้าและการดูแลผิวพรรณ (make-up and skin care)
 - การขับถ่าย (toileting)

2. การรับประทานอาหาร (feeding/eating)
3. การแต่งตัว (dressing)
4. การเคลื่อนย้ายตนเองเพื่อทำกิจกรรม (functional mobility)
5. การสื่อสารเพื่อใช้งาน (functional communication)
6. การหยิบจับวัตถุและเปิด-ปิดอุปกรณ์ต่างๆ (object manipulation/manipulation hand skill)

ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางจิตสังคม/อารมณ์ (psychosocial/emotional daily living)

1. ภาพพจน์ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง/เอกลักษณ์ตน (self concept/self identity)
2. การเชี่ยวญกับสถานการณ์ต่างๆ (situational coping)
3. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (community involvement)

การประเมินและฝึกกิจวัตรประจำวัน จะพิจารณาสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ชนิดของกิจวัตรประจำวัน ประกอบกับวงจรของเวลา โดย กิจวัตรประจำวันเหล่านั้นเป็นกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย (activities of physical daily living) กับกิจวัตรประจำวันทางจิตสังคม/อารมณ์ (activities of psychosocial/emotional daily living)

2. ความสำคัญของกิจวัตรประจำวันเหล่านั้นต่อบุคคล
3. ความสามารถพื้นฐาน 4 ประการ (sensory integration, neuromuscular, psychological function และ social Interaction) ร่วมกับสิ่งแวดล้อม (ทางวัฒนธรรม ทางสังคม ทางภาษาภาพ) และอายุ (ตามปฏิทิน ตามพัฒนาการ)

หลักการฝึกกิจวัตรประจำวัน

1. ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจดูประسنค์ของการฝึกก่อน เพื่อเตรียมสร้างสภาพจิตใจให้แก่ผู้ป่วย

2. ควบคอกเทคนิคขั้นตอนในการทำ พร้อมสาธิตให้ดู
3. ภาคร่วมเหลือของผู้บำบัดควรกระทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้แต่ละขั้นตอนด้วยตนเอง
4. ควรคำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะฝึก
5. ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรืออุปกรณ์เสริม ผู้บำบัดควรพิจารณาให้เหมาะสม

การแก้ปัญหาการช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย

1. การฝึกฝนเพื่อเพิ่มระดับความสามารถหรือทักษะต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนทาน
2. การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ เช่น การใช้ช้อนด้ามใหญ่ สำหรับผู้ที่กำนมือได้ไม่แน่น เป็นต้น
3. การฝ่าตัดเพื่อช่วยให้สามารถใช้มือและแขนได้ดีขึ้น เช่น การฝ่าตัดข่ายเอ็นกล้ามเนื้อส่วนต้นให้ไปปังคับส่วนปลาย
4. การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความพิการ เช่น การขยายประตูให้กว้างขึ้นให้รถเข็นผ่านได้
5. การช่วยให้ผู้พิการและสังคมรอบข้างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความพิการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ทำได้ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและความภูมิใจแก่ตัวผู้ป่วยเอง

กลุ่มชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)

แนวคิด

กลุ่ม Therapeutic Community เป็นกลุ่มที่สมาชิกในกลุ่มเลือกผู้แทนของตนขึ้นมาจัดกิจกรรมในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเพียงแต่ให้คำแนะนำปรึกษา วิธีการนี้ได้มีการดัดแปลงเป็นแบบ Therapeutic Community ให้สมาชิกเล่าถึงปัญหาต่างๆ ในหอผู้ป่วยหรือปัญหาต่างๆ ของเขาวงเกี่ยวกับสภาพครอบครัวได้ แต่การวิจารณ์ปัญหาจะเน้นหนักในเรื่องการทำงานภายใน

ห้องผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการจัดการลุ่มนิมิตต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้สามารถควบคุมตนเองได้ว่าชั่วโมงนี้ทำเรื่องอะไร มีขอบเขตเพียงใด สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม 4 ครั้ง ขึ้นไป อาจนำวิธีการกระตุนทางด้านปัญหาครอบครัวมาใช้ก็ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเบื่อ

วัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นการpubประสังสรุคกันระหว่างบุคลากรในทีมจิตเวชกับผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน
- เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นโดยเสรี เกี่ยวกับการกินอยู่หลับนอน และการเป็นอยู่ทั่วไป ภายในห้องผู้ป่วย
- เพื่อແລກປේլියනความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- เป็นการรักษาอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นดีขึ้น รู้จักปรับเปลี่ยนตัวเองให้อยู่ร่วมกับสังคมได้มากขึ้น

ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

1. ผู้ป่วย 15 - 20 คนขึ้นไป
2. บุคลากรทุกคนหรือตามความจำเป็น

ผู้นำกลุ่มการประชุม

- บุคลากรในทีมจิตเวช ผลัดเปลี่ยนกันเป็นผู้นำการประชุมคนละ 1

สัปดาห์

ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

- บุคลากรในทีมจิตเวชผลัดเปลี่ยนเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มคนละสัปดาห์ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ
 1. จัดเก้าอี้สำหรับผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลมตามจำนวนผู้ป่วยและบุคลากร ที่จะเข้าร่วมประชุม
 2. จัดให้ผู้ป่วยและบุคลากร นั่งสลับที่กันให้เต็มทุกที่นั่ง
 3. ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิ์ਸมาชิกทุกคน

- บอกวัน เดือน ปี เวลาประเททของการประชุมว่าเป็นการประชุมกลุ่มสังสรรค์ หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษ ในที่ประชุม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ

- บอกวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้มารับประสังสรรค์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

- เพื่อช่วยกันปรับปรุงแก้ไขสิ่งบกพร่องต่างๆ เกี่ยวกับการกินอยู่หลับนอนให้ดีขึ้น

- บอกภูมิปัญญาของ การประชุมให้สมาชิกเข้าใจ และถือปฏิบัติตาม เช่น

- ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง

- ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัว

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนเสนอเรื่องราวต่างๆ ต่อที่ประชุม

5. เมื่อสมาชิกเสนอเรื่องขึ้นมา 1 เรื่อง ผู้นำกลุ่มจะยินดีตามหรือเรื่องนั้นๆ กลับไปให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันพิจารณาและเสนอความคิดเห็นร่วมกันก่อน แล้วจึงจะสรุปเป็นเรื่องๆ ไปจนหมดเวลาการประชุม

6. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจะสรุปเรื่องต่างๆ รวมทั้งวิธีแก้ไขที่สมาชิกเสนอมาเป็นข้อๆ โดยสรุปเฉพาะเนื้อหาจริงๆ

7. ผู้นำกลุ่มจะกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนและนัดหมายกลุ่มครั้งหน้า

8. หลังประชุมกลุ่มทุกครั้ง จะมีการประชุมพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมจิตเวชเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้การทำกลุ่มจิตบำบัดได้ผลดียิ่งขึ้น

ข้อแนะนำในการทำกลุ่มชุมชนบำบัด

1. หลีกเลี่ยงการใช้คำนามว่า “ครรภีปัญหาอะไร” ให้เปลี่ยนเป็น “เรื่องอะไร” แทน

2. ไม่ใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ

3. ผู้นำกลุ่มควรเสียงดังฟังชัดเจน

4. ถ้าสามารถเรื่องที่ผู้นำกลุ่มไม่สนับหรือไม่เข้าใจ ให้ยิน คำตามนั้นกลับไปที่สมาชิกอื่นๆ ก่อน ว่าใครรู้บ้างว่าทำไม่ดีเป็นอย่างนั้น ถ้าไม่มีตอบได้ ให้ยินไปที่เจ้าหน้าที่ (staff) ของตึก เป็นผู้ช่วยตอบให้ อย่าตอบโดยที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจเป็นอันขาด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดๆ ได้

5. ผู้นำกลุ่มควรมีความไว (sensitive) ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ทุกคนที่อยู่ในกลุ่ม เพื่อประโยชน์ทางการวิจัย

6. ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีท่าทางไม่เป็นมิตร ไม่ควรกระตุนหรือเข้าซึ้งมาก ควรเปลี่ยนไปถามผู้ป่วยอื่นแทน ในขณะเดียวกัน ก็ควรสังเกตพฤติกรรม ของผู้ป่วยด้วย

7. เมื่อผู้ป่วยตอบกลับถูกหรือแสดงความคิดเห็นได้ถูกต้อง ควรprob มือ ให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จะเกิดภาคภูมิใจตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกต่อการประชุม

8. ถ้ามีผู้ป่วยรบกวนกลุ่มมากตลอดเวลา ควรขอความเห็นจากที่ ประชุมก่อนปฏิเสธผู้ป่วยเพื่อให้ออกจากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มไม่ควรเด็ดขาดส่ง ให้ผู้ป่วยออกจากที่ประชุมโดยพละการ

9. เมื่อให้ผู้ป่วยออกจากกลุ่ม ซึ่งถือเป็นการลงโทษ (punishment) จะทำให้ผู้ป่วยเสียหน้ามากผู้นำกลุ่มควรสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อไปด้วย ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการสงบ ผู้นำกลุ่มอาจขอความเห็นจากสมาชิก ขอให้ ผู้ป่วยกลับเข้าร่วมประชุมด้วยอีกได้ วิธีนี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักปรับ พฤติกรรมของตน ให้เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยเริ่มจากกลุ่มเล็กๆ น้อยๆ นี้ก่อน ก่อนที่จะออกไปสู่ชุมชนใหญ่ๆ ออกโรงพยายามต่อไป

10. เมื่อมีภาระเละกันหรือขัดแย้งกันในที่ประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องทำหน้าที่ประสานน้อม ให้คู่กรณีมีความเข้าใจดีต่อกัน โดยอาศัย ความคิดเห็นของสมาชิกส่วนมากในกลุ่มเป็นผู้ชี้ขาดว่าใครผิด ใครถูก เพื่อ ให้ผู้ป่วยรู้จักยอมรับผิด

การตรวจสภาพจิต (mental status examination)

จุดมุ่งหมายของการตรวจสภาพจิต คือ การตรวจสภาพความคิด จิตใจด้านต่างๆของผู้ป่วยขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อค้นหาความผิดปกติ ต่างๆและประเมินความรุนแรงของการดังกล่าว แล้วนำไปพิจารณา ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ เพื่อดำเนินการวินิจฉัยโรคต่อไป

การตรวจสภาพจิตอาศัยการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกใน ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์และการตอบคำถาม หรือปฏิบัติตาม คำสั่งต่างๆที่ตั้งขึ้น เพื่อใช้ในการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย คำตามบางข้อ ผู้สัมภาษณ์อาจถามร่วมไปกับการซักประวัติได้เลย เช่น การทดสอบความจำ การรับรู้วันเวลาสถานที่ของผู้ป่วย โดยการถามถึงรายละเอียด การเดินทาง มาพบแพทย์ เวลาที่เดินทางมาถึง บุคคลที่มาด้วย แต่ก็ส่วนหนึ่งจะต้อง ทำการตรวจสภาพจิตโดยตรง ซึ่งผู้สัมภาษณ์ควรซึ่งเจิงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการ ตรวจสภาพจิตว่า เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเช่นเดียวกับการตรวจร่างกาย และ อธิบายเกี่ยวกับวิธีการตรวจแต่ละอย่างก่อนจะเริ่มทำการตรวจในหัวข้อนั้นๆ

การตรวจสภาพจิตประกอบด้วยการตรวจตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไป (general appearance)

ผู้สัมภาษณ์ควรสังเกตดูร่าง ท่าทาง ลีนเน้า การแต่งกาย ท่าที ต่อการถูกสัมภาษณ์ พฤติกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ พฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมและอาการแสดงที่บ่งลักษณะต่างๆของผู้ป่วย หรือเกิดความคู่กับ อารมณ์บางอย่าง เช่น มือสั่น หลอกหลอน ท่าทีระมัดระวังมาก เป็นต้น

2. ลักษณะการพูด (speech)

ลักษณะการพูดของผู้ป่วยจะแสดงถึงgradeและความคิด ผู้สัมภาษณ์ ควรสังเกตว่า ผู้ป่วยพูดมากหรือน้อย พูดช้าหรือเร็ว มีจังหวะที่เหมาะสมหรือไม่ สังเกตความต่อเนื่องของความคิด มีการขาดหายเป็นท่อนๆ มีการหยุดโดย ฉับพลัน หรือการพูดไม่ประติดประต่อ (loosening of association) การพูด อ้อมค้อม หรือพูดออกนอกเรื่องหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายพูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง

เนื่องจากขาดความต่อเนื่องของความคิดมาก (incoherence) บางรายพูดไม่ตรงประเด็น (irrelevant) มีภาษาเปล่าๆ พูดซ้ำๆ พูดติดหรือไม่พูดเลย

3. อารมณ์ (affect and mood)

ควรสังเกตสีหน้าและการแสดงอารมณ์ทั่วๆ ไปของผู้ป่วยตลอดการสัมภาษณ์และอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยพูดถึงเหตุการณ์บางอย่างว่าผู้ป่วยมีอารมณ์เครียด วิตกกังวล ฉุนเฉียว ก้าวร้าว มีอารมณ์รึเงินผิดปกติ หรือไม่แสดงอารมณ์เลย (flat affect) และสังเกตว่าอารมณ์เหมาะสม สอดคล้อง กับเรื่องที่เล่าหรือไม่ นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยบรรยายอารมณ์ความรู้สึกของตนโดยตรงด้วย โดยถามผู้ป่วยว่าขณะนั้นหรือในช่วงนั้นเขามีความรู้สึกอย่างไร

4. ความคิด (thought)

นอกจากจะแสดงความคิดที่แสดงออกในการพูดแล้ว ควรสังเกตเนื้อหา ความคิดของผู้ป่วย เช่น ความหลงผิด ความคิดหวานแรง ความคิดที่ไม่มีเหตุผล การหมกมุนในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การย้ำคิด ความกลัว ความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย หรืออยากทำร้ายผู้อื่น และความรู้สึกผิด

5. การรับรู้ (perception)

ควรถามถึงอาการประสาทหลอน เช่น เสียงแหวว ภาพหลอน และสังเกตอาการที่แสดงว่าอาจมีประสาทหลอน เช่น การพูดคนเดียวคล้ายโต้ตอบกับผู้อื่น หรือการแสดงปฎิกิริยาเหมือนโต้ตอบกับสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น หยุดพูดแล้วหันไปทำท่ามองหรือตั้งใจฟังอะไรบางอย่าง

6. สมติสัมปชัญญะ (consciousness)

ตรวจดูว่าสมติสัมปชัญญะของผู้ป่วยเป็นปกติหรือเปล่า ถ้าผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว ต้องตรวจว่าสมติสัมปชัญญะอยู่ในระดับไหน

7. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสภาวะการณ์ (orientation)

ตรวจได้จากการถามถึงที่อยู่ของผู้ป่วย สถานที่ที่เข้ามาวิบากตรวจ เวลาขณะนั้น บุคคลที่พาผู้ป่วยมา บุคคลที่กำลังสัมภาษณ์ หรือ

เจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ในผู้ป่วยนอกที่เดินทางมาตามนัดได้ด้วยตนเอง อาจอนุมานได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ จึงอาจไม่ต้องถามโดยตรง แต่ใช้การประเมินจากคำตามที่ว่าไป เช่น เวลาเดินทาง เวลาที่มาตรวจสอบ การเดินทางมาโรงพยาบาล

8. ความจำ (memory)

ความจำในอดีต (remote memory) ส่วนมากจะทราบได้จากการชักประวัติ เช่น อายุของผู้ป่วย วันเกิด การเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ

ความจำในเรื่องปัจจุบัน (recent memory) ลังเกตได้จากการถูกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วง 24 ชั่วโมง เช่น อาหารมื้อเช้า เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล ลักษณะการเดินทาง ฯลฯ

ความจำเฉพาะหน้า (retention and recall memory) ตรวจโดย

- ให้ผู้ป่วยจำสิ่งของ 3 อย่าง เช่น ดอกไม้ รถไฟ เก้าอี้ บอกให้ผู้ป่วยทวนตาม 1 ครั้ง และบอกว่าจะย้อนกลับมาถูกช้ำภายหลัง หลังจากนั้นทำการตรวจหรือสอบถามในส่วนอื่นต่อไปประมาณ 3 นาทีแล้วย้อนกลับมาถูกให้ผู้ป่วยบอกซึ่งของทั้ง 3 อย่าง อีกครั้ง

- ให้ผู้ป่วยทวนเลขภายนอกที่ผู้ป่วยตรวจ อ่านให้ฟัง 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยทำผิด ให้อ่านเลขจำนวนใหม่ ไม่ค่าน้ำหนักจำนวนเดิม วิธีนี้เรียกว่า digit forward คนปกติควรทำได้ 6-7 หลัก หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทวนเลขกลับหลัง เรียกว่า digit backward คนปกติทำได้ 3-4 หลัก การทดสอบในส่วนนี้ เป็นการตรวจ immediate recall ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเสีย retention and recall แต่มี immediate recall ปกติ

9. ความสนใจและสมาร์ท (attention and concentration)

ตรวจโดยการให้ลับเลขเป็นอนุกรม ได้แก่ ให้ผู้ป่วยทำ 100-7 ในใจ โดยให้หักออกที่ละ 7 แล้วบวกผลลัพธ์ แก่ผู้ป่วยตามลำดับไปเรื่อยๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเองไม่ทวนผลลัพธ์หรือป้อนเลขให้ ให้ลับประมาณ 5 ลำดับ ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้เนื่องจากยากเกินไป ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นทำ 20-3 แทน

10. ระดับเชิงปัญญา ลักษณะความคิด และความรอบรู้ (general knowledge and abstract thinking)

การตั้งคำถามและการแปลผลการตรวจในข้อนี้ ควรคำนึงถึง ประสบการณ์ อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้ป่วยประกอบด้วย โดยตาม ในหัวข้อต่างๆ คือ

10.1 ความรู้ทั่วไป เช่น ชื่อบุคคลสำคัญ สถานที่สำคัญ

10.2 การให้เปรียบเทียบของสองอย่างว่าต่างกัน หรือเหมือนกัน อย่างไรเพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถคิดในระดับที่เป็นนามธรรมได้มากน้อยเพียงใด โดยให้เปรียบเทียบหาความแตกต่างกัน ได้แก่

กลางวัน กับ กลางคืน

ต้นโพธิ์ กับ ต้นมะเขือ

เด็ก กับ คน成年

แล้วให้เปรียบเทียบว่าเหมือนกันอย่างไร ได้แก่

ส้ม กับ กล้วย

แมว กับ หมู

รถ กับ เรือ

10.3 ให้อธิบายความหมายของคำพังเพยและสุภาษิต ซึ่งเป็น การตรวจว่าผู้ป่วยมีความคิดนามธรรมมากน้อยเพียงใด เช่นกัน ได้แก่

น้ำขึ้นให้รีบตัก

หนีเสือปะจระเข้

จีช้างจับตีกแทน

11. การตัดสินใจ (judgment)

หมายถึงความสามารถที่จะประเมินสถานการณ์ต่างๆ และ ตัดสินใจเลือกการกระทำที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนหนึ่งตรวจได้จาก การซักประวัติ ดูการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยตามที่เป็นจริง อีกส่วนหนึ่งตรวจได้จากการให้ทดลองตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

บางอย่าง เช่น

- ผู้ป่วยจะทำอย่างไรถ้าพบจดหมายที่จ่าหน้าซองและมีแสตมป์ติดเรียบร้อยตอกย้ำ

- ถ้าผู้ป่วยเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นว่ามีไฟเริ่มไหม้ในโรง公安部屋จะแก็บัญหาอย่างไร

- ถ้าลืมกุญแจรถยนต์ติดอยู่ในรถจะทำอย่างไร

12. ความรู้จักตน (insight)

หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับว่าตนไม่สบาย ยอมรับว่าตนมีปัญหาทางจิตใจ รวมทั้งการเข้าใจสาเหตุของปัญหาและสภาพจิตใจของตนเอง ซึ่งจะมีมากน้อยต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน เช่น

- ผู้ป่วยไม่มีความรู้จักตนเลย คือ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความหลงผิด และเชื่อในความหลงผิดของคน จึงไม่คิดว่าตนผิดปกติ

- ผู้ป่วยคิดว่าปัญหาของตนเป็นเรื่องทางกายไม่เกี่ยวข้องกับจิตใจ แม้ว่าความจริงเป็นปัญหาทางจิตหรือโหะคนอื่นและสิงแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา คิดว่าที่มีปัญหาเป็นเพรากคนอื่น ตนเองไม่มีปัญหาอะไร เช่น ที่พับในพวกบุคลิกภาพผิดปกติ

- ผู้ป่วยที่มีความรู้จักตนดีขึ้นจะยอมรับว่าตนมีปัญหาทางจิตใจ แต่ไม่เข้าใจขัดเจนถึงสาเหตุและความสัมพันธ์ของปัญหากับเรื่องอื่นๆ

- ผู้ป่วยที่มีความรู้จักตนเองดีมากๆ อาจเข้าใจปัญหาของตนเองมากอยู่แล้วนอกจากส่วนที่อยู่ในจิตไว้สำนึก

13. แรงจูงใจในการรักษา (motivation)

หมายถึง แรงจูงใจที่ผู้ป่วยจะร่วมมือในการรักษา ยอมรับปัญหาของตนเองและต้องการทางปรับปรุงแก้ไข ซึ่งสังเกตได้จากคำบอกรเล่า และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการมาติดต่อเพื่อขอรับการรักษา

บทสรุป

บุคความรู้ฉบับปรับปรุง 2551นี้ พัฒนาขึ้นในนามกรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลศรีรัตนญาเป็นแกนนำร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตอีก 12 แห่ง สกัดรวมองค์ความรู้ทั้งที่เป็น Tacit knowledge และ Explicit knowledge จากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 13 แห่ง ซึ่งมีความเป็นรูปธรรม โดยมีเนื้อหาแนวทางปฏิบัติการวางแผนจ้างหน่วยปฏิบัติงาน และแบ่งบุคความรู้ฯ เป็นแนวทางวางแผนจ้างหน่วยปฏิบัติงานตามระยะของโรคจิตเทETH และเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงาน ญาติ/ผู้ดูแล ชุมชนและสังคม และความรู้ที่จำเป็นต่อการวางแผนจ้างหน่วยปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นกว่าฉบับปี 2550 บริบทในแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน จึงเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้ ดังนั้นหน่วยงานอาจนำองค์ความรู้ เรื่อง การวางแผนจ้างหน่วยปฏิบัติงาน แผนภูมิขั้นตอนการวางแผนจ้างหน่วยในบุคความรู้ฯ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละหน่วยงาน ร่วมกับการปรับแบบฟอร์มต่างๆ ที่นำมาเป็นตัวอย่าง ไปใช้ให้สอดคล้องกับงาน โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ร่วมกับการศึกษาวิจัย นำสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงและพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด้องค์ความรู้เฉพาะหน่วยงาน ที่ช่วยให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิต ชุมชนและสังคมมีทัศนคติที่ดี เกิดการยอมรับ ให้โอกาส ส่งเสริมและสนับสนุน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย

การนำบุคความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจ้างหน่วยปฏิบัติงาน ให้สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน โดยไม่มีข้อสรุปว่าวิธีแบบใดที่จะดีที่สุดกับหน่วยงานนั้นๆ แต่สิงสำคัญ คือ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ในที่สุด

บรรณาธิการ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545. 2545.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การให้การปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.

เกษม ตันติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

เกสร ทมทิตชังค์. จิตบำบัด องค์ความรู้ ทฤษฎี เทคนิคที่เกี่ยวข้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2 . นนทบุรี :วิภาดา, 2551.

จรวยา แจ้งอรุณ. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช (Milieu Therapy in Psychiatric Patients) สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและประชาชนทั่วไป. เอกสารประกอบการประเมินผลงานวิชาการ. โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2530. จำลอง ดิษยวนิช. เอกสารแนวทางการรักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia). ใน **ปราโมทย์ สุคนธิ์ และพิเชษฐ์ อุดมรัตน์.** บรรณาธิการ. **แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร : ปีyanด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2544.

ทัศนีย์ ตันทวิวงศ์. การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม. เอกสารวิชาการ. โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2542.

ธีระ ลิล้านันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ร้ายแรง (NMS).

กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.

ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์และคณะ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3. 25 - 27 สิงหาคม 2547, 2547.

ปราโมทย์ เชาร์คิลป์, วนชัย คงศักนธ์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน (Inpatient Group Psychotherapy). กรุงเทพมหานคร : สหประชาพันธ์, 2542.

ไพรัตน์ พฤกษาดิคุณagar. จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. เชียงใหม่ : ชนบวรรณ การพิมพ์, 2533.

มนิตร ศรีสุรภานนท์ และคณะ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3. 25 - 27 สิงหาคม 2547, 2547.

มนิตร ศรีสุรภานนท์. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : แสงศิลป์, 2542.

มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2543.

วันเพ็ญ พิชิตพราหมณ์, อุษาวดี อัศดิริเวศน์. การวางแผนจ้างานนัยผู้ป่วย แนวคิด และการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.

สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว, 2548.

สุวัธนา อารีพรวด. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

อนงค์นุช สาโศรก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมนัยผู้ป่วย จิตเวทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา. สารนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

อรพรรณ ลือบุญธรรมชัย. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส, 2549.

อรพรรณ ลือบุญธรรมชัย. การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุทธาการพิมพ์, 2545.

- คำให้การณ พู่ศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติ
ตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง, 2541.
- อนทิรา พัวสกุล. คู่มือกลุ่มจิตบำบัดสำหรับนักสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- อุมาพร ตรังคสมบติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร : ชั้นดังการพิมพ์, 2544.
- Anthony F.Lehman. et al. **Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia.** 2nd Edition. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Psychiatric Disorders. Arlington, Virginia : American Psychiatric Association, 2006.
- Armitage ; S.K. Kavanagh, K.M, Hayes,L.J. An analysis of case of the interface of Hospital and community nursing services camper down The University of Sydney,1995.
- Fleischchacker, W.W Meise, U, Gunther,V., & kurz, M. **Compliance with antipsychotic drugs treatment: Influence of side effect.**
ACTA Psychiatric Scandinavica, 89 (Suppl 382),1994.
- Haber, J., Mc Mahon, A.L. Hoskin., P.P., Sidelan. B.F. **Comprehensive Psychiatric nursing.** Missouri : Mosby ,1992.
- Hogan, Marry ann. **Pharmacology Review and Rationales.** Newjersey,
USA : Pearson Education,2005.
- Kaplan .H.I.T Sadock, B.I. **Pocket Handbook of Clinical Psychiatry.**
Baltimore : Williams & Winking,1996.

การคณิต

**ໂຮງພຍາບາລຈິດເວັບສະຂອງຄາຊຸນຄຣິນທີ່
ແບບນັ້ນທີກາຮາງແນ່ນຈຳຫັນຍ່າ (Discharge Planning)**

ຊື່..... ອາຍຸ..... HN..... ແກ້ໄຂ/ວາຍ.....
 ວັນທີຮັບໄປໃນໂຮງພຍາບາດ..... admit ມັງກຸດ..... ຈຳກັດມີຄົ້ນສຸດທ່າຍເນື່ອ.....

Discharge Planning Information

ສ່ວນທີ 1 ສ້າහຽນແພທຍີບັນຫຼິກ

ກາງວິນຈິລຍໄໂຮກແກວກັງ.....
 ແຜນການຮັບຮ່າຍທີ່ສຳຄັນ.....
 ຈຳກັດນັ້ນທີ່ກົດຕ່າງຈະຂະໜາຫຼາຍໄດ້...../
 ປະຈະມາມກາວັບປະການຍຸດຕ່າງອ່ານົງ.....
 ນັດຕິດຕາມຜົດຮັງຕໍ່ໄປ (ຫລັ້ງຈຳຫັນຍ່າ)
 ນັດທີ OPD..... ເຕືອນ..... ໂນເນດ..... ຮັບຢາໂໃພພາບາດໄກສິບ່ານ

ສ່ວນທີ 2 ກາຮປະປະເມີນບໍ່ມີຫາແລະຄວາມຕ້ອງກາຮາງອັນປ່າຍ / ຜູ້ອຸດແລ (ພຍາບາລຄຸນຮັນ ປັ້ນທິກ)

1. ພູມລສ່ວນບຸຄຄລ

1.1 ຜູ້ປ່າຍ

ສົການກາພຜນຮັບ ໂສດ ຕຸ ພັກ ແກ້ໄຂ, ແຍກ
 ວິຊ້ຕັບກາຮັກຕື່ກາ.....
 ທີ່ຄູ່ປ່າຍປຶປ່າ.....
 ປະຈະວິທີກາຈົ່ງປະປົງປົງຕິດຕະຫຼອດ.....

1.2 ຜູ້ອຸດແລ

ໄມ່ມີ.....
 ຜູ້ໜີ.....
 ອາວົ້າພ.....
 ວິຊ້ຕັບກາຮັກຕື່ກາ.....
 ລາຍໄຕ້ຂອງຄວບຄົວ..... ພອດຖາ..... ໂມພອດຖາ.....

5. ປັບປຸງທີ່ທ່ານເຫັນຢ່າງປ່ອງການຮັກສາ (ພຍບານປະຈຳຫອຸປະໄວຍ ຜົນໜັກ)

5.1 ປັບປຸງທີ່ທ່ານເຫັນຢ່າຍ (ຕອບໄດ້ມາກວ່າ 1 ຊຼູ)

- ຮັບປະການຍາ້ນຕ່ອນເນື່ອງ / ທຸຍຕາຍ ເນື່ອງຈາກ.....
- ນັບປຸງຕາມເຄີຍ
- ເຊິ່ງໃຈວ່າມາກາຮັກຕື່ແສງ "ມີຈາປີນຕ້ອງກັບປະຫວານນະຍາຕາຢາເນື່ອງ
- ໄກສະກັບພົດ ອະນຸມຸ.....
- ມາວະເລືອດ ຈາກ.....
- "ມີຍອດນັບກາຮັກເຕີບປ່າຍ

ໆ ຂາດວານຢູ່ຄວາມເຫັນໃຈເຖິງກັບໂຄ / ສາຫະຫຼຸ / ອາການ / ການຮັກສາ

5.2 ປັບປຸງທີ່ທ່ານເສີ້ນແລ້ວລົມ (ຕອບໄດ້ມາກວ່າ 1 ຊຼູ)

- "ໄມ້ເນື້ອີ້ມແດລ
- ບໍ່ມີກາເສົາຮັບຮັກ
- ຜົນແລ້ວຕອງໄມ້ ຕາງເນັ້ນໄໝເຖິງກັບໂຄ ອາການ ສາຫະຫຼຸ ແລະກາງວົງວາງ
- ຄວາມຮັກສົມກາວແສດຄອບກາງອາຮມມີມາກ / ເນື່ອຍເກີນໄຟ
- ກາຮັກປຽກສົງຄມໄໝເຫັນຄວາມສໍາຄັນທອກກາຮັກສາ
- ບຸຄຄລີໃນຄອບຄັກ / ຖຸນຫານມີຍອມຮັບ / "ມີເນື້ອໃຈຢູ່ປ່າຍ
- ອື່ນໆ ອື່ນໆ.....

5.3 ປັບປຸງທີ່ທ່ານກາຮັກສາ

- ແຜນກາຮັກສາຢູ່ປ່າຍ ເຖິງ ສັບປະການຢາກວິນລົດຫລາຍຄົງ / ຢານລາຍຫຼົດ
- ພົນ້າງເຄື່ອງຈາກຢາ ເຖິງ ຈຳກັດກົດ ດາວໂຫຼວດ
- "ໄມ້ເຕີເຕີເຮົຍມອງພ້ອມຜູ້ປ່າຍ / ຜູ້ດູແລ
- 5.4 ປັບປຸງທີ່ທ່ານເຫັນຢູ່ປ່າຍ (ຕອບໄດ້ມາກວ່າ 1 ຊຼູ)
 - ສົ່ງໜ້ານົມກາພະຍະຫຼວງທີ່ມີຄຸນຫຼຸງກາພົບຢູ່ປ່າຍແລະສະໜູນໄດ້
 - ຜົນ້າໄມ້ໄວ້ວາງໃຈທີ່ມີຄຸນຫຼຸງກາພ
 - ຜູ້ດູແລໄມ້ໄວ້ກຳທົມຫຼຸງກາພ
- "ໄມ້ເຕີເຕີເຮົຍມອງພ້ອມຜູ້ປ່າຍ
- "ໄມ້ເຕີເຕີເຮົຍມອງພ້ອມຜູ້ປ່າຍ
- ຜູ້ດູແລໄມ້ໄວ້ກຳທົມຫຼຸງກາພ

(ຂອງຜູ້ປ່າຍ.....)

ส่วนที่ 3 Discharge Planning Summary

1. ຕະຫຼາດໄດ້ມີຄວາມສັບສົນທີ່ແລ້ວກາງຕະຫຼາດໄດ້ມີຄວາມສັບສົນທີ່

۱۳۷

၆၁၈

2. ปัญหาในที่พำนัชหัวใจฯ (ที่มุ่งสกัดจราจรพบฯ)

ପ୍ରକାଶକ

ପ୍ରକାଶନ କମିଶନ

ปัญหาที่ต้องแก้แค่ต่อเนื่อง

የኢትዮጵያ

Digitized by srujanika@gmail.com

፩፻፲፭

ପ୍ରକାଶକ ପତ୍ରରେ ୨୧୩

วิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชชนิดแรกครั้งที่ 1
(กรณีผู้ป่วยรับไว้รักษา ครั้งที่ 1)

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี H.N..... A.N..... ตึกผู้ป่วย.....
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ จำนวนวันที่

ระยะเวลา ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ของผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
สัปดาห์ที่ 1 (Acute Phase)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาล และประเมินภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ถูกต้อง - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 	1. ประเมินอาการทางกาย-จิต-สังคมของผู้ป่วย และให้ได้รับการวินิจฉัยทางการพยาบาล	พยาบาล			
		2. ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติ และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตามความเหมาะสม				
		3. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด				
		4. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย				
		5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการจากถุงทึบเข้าข้างเดียวของขา				
		6. ประเมินปัญหาและความต้องการด้านกาย-จิต-สังคม และดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น				
สัปดาห์ที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการทางจิตและได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม 	1. ให้การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10	แพทย์			
		2. ตรวจร่างกายทั่วไป				
		3. ตรวจสภาพจิต				
		4. ตรวจประเมินปัญหาทางจิตสังคม				

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ชื่อผู้ให้บริการ
				ที่ได้	ที่ไม่ได้	
ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง		5. ประเมินภาวะ precaution ต่างๆ ได้แก่ suicide/accident/violence/escape 6. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ ตามข้อบ่งชี้ แปลผลที่ได้ประกอบการวินิจฉัยและการรักษา 7. ประเมินการกินยาและผลของการรักษาด้วยยา คลอตชน side effect ของยา 8. พิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า หรืออื่นๆ 8.1 ปรึกษาด้วยโรคฝ่ายกาย 8.2 ส่งต่อด้วยโรคฝ่ายกาย 8.3 ประชุมร่วมกับพื้นที่นัดหมายวิชาชีพ 8.4 ปัญหา.....				
สัปดาห์ที่ 1	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ 2. เพื่อไม่ให้เกิด หรือลด การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาซึ่งมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ที่ถูกต้อง	1. จ่ายยาให้ผู้ป่วยคำสั่งการรักษาของแพทย์ 2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในระบบข้อมูลโรงพยาบาล 3. ให้บริการ Drug Counselling ในผู้ป่วยที่ใช้ยาได้ไม่ ถูกต้อง	เภสัชกร			

ชื่อ-สกุล.....
ตึก.....

ระยะเวลา ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ช่องผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
	4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือรับยาอย่างดีที่สุด	4. ประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจะไปรับการรักษาต่อ ในกรณีที่มีการร้องขอ				
สัปดาห์ที่ 1	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ	1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยใช้ BMI	โภชนาการ			
		2. คุยเล่าให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้รับคุณค่าทางโภชนาการ และสารอาหารอย่างเพียงพอ				
		3. จัดอาหารตามหลักโภชนาการ ตามแนวทางการแพทย์				
		4. ติดตามการรับประทานอาหารผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในกลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ				
		5. เสือกอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย แต่ละบุคคล				
สัปดาห์ที่ 2 (Stabilization Phase)	1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการทางจิตและได้รับการคุ้มครองยาอย่างเหมาะสม	1. ทบทวนการวินิจฉัยโรคตามสภาพผู้ป่วย	แพทย์			
		2. ตรวจประเมินอาการทางกาย ตรวจประเมินสภาพจิต และปัญหาทางจิตสังคม เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง				
		3. ประเมินความรุนแรงของอาการ Precaution ต่างๆ				
		4. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษตามข้อบ่งชี้ พิจารณาผลการตรวจประกอบการรักษา				

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความประปรวน ชื่อผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง		5. ประเมินการกินยา/ผลข้างเคียง/ผลการรักษาด้วยยาและปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม				
		6. พิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า				
		7. พิจารณาส่งต่อทีมสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมในการนำบัตรักษา				
		7.1 จิตบำบัด/ พฤติกรรมบำบัด				
		7.2 ให้คำปรึกษา				
		7.3 จิตสังคมบำบัด (สารเสพติด) หรือปรึกษาในเรื่องอื่นๆ เช่น				
		7.5 ปรึกษาด้วยโรคฝ่ายกาย				
		7.6 ส่งต่อด้วยโรคฝ่ายกาย				
		7.7 ประชุมร่วมกับสาขาวิชาชีพ ปัญหา.....				
สัปดาห์ที่ 2	ผู้ป่วยได้รับการพื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	1. ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง	พยาบาล			
		2. จัดให้ผู้ป่วยได้เข้ากู้น้ำตามตารางกิจกรรมกู้น้ำของผู้ป่วยจิตเภท				
		3. คุ้มครองผู้ป่วยได้รับยา และสังเกตการตอบสนองต่อการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการ และถูกทึข้างเคียงของยา				

ชื่อ-สกุล.....

ที่ก.....

รายวิชา ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัสดุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ช่องทางบริการ
				ที่ได้	ที่ไม่ได้	
		4. ประสานกับทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การคุ้มครองผู้ป่วยที่มีปัญหาขั้นชัน 5. ผู้ป่วยต้องได้รับการพื้นฟูทางกายภาพในเรื่อง				
					
สัปดาห์ที่ 2	1. ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของปากได้ดูดี 2. ผู้ป่วยก่อนทำ ECT ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก	1. เช้าก่อนทันตศึกษา ฝึกปฏิบัติแบบฟันและตรวจสุขภาพปากและฟัน 2. ตรวจสุขภาพในช่องปาก 3. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปาก 4. ทันตกรรมหัดการ (ระบุ).....	ทันตกรรม			
สัปดาห์ที่ 2	เพื่อให้การจัดการทรัพยากร่างสังคม/การบ้านบัค/การพื้นที่ทางสังคม แก่ผู้ป่วยจิตเวช/ครอบครัวให้สามารถเข้าใจปัญหา มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมทั้งมีการปรับตัวอยู่ในสังคม ให้อ่ายาจเหมาะสมและเป็นสุข	รับผู้ป่วยในจากพยาบาลเด็กผู้ป่วยใน 1. พิจารณาสภาพปัญหาของผู้ป่วยและญาติ 2. ให้การจัดการทรัพยากร่างสังคม/การบ้านบัค/พื้นที่ทางสังคมโดยให้ <input type="checkbox"/> กู้มบ้านดักทางสังคม <input type="checkbox"/> กู้มคนตีบบ้านบัค <input type="checkbox"/> กู้ม REBT และคนตีบบ้านบัค <input type="checkbox"/> บริการสังคมสงเคราะห์จิตเวชตามคู่มือการปฏิบัติงาน	นักสังคม สงเคราะห์			

ชื่อ-สกุล.....
ตึก.....

ระยะเวลา ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัดอุปражสก์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ข้อผู้ให้บริการ
				ท้าได้	ท้าไม่ได้	
		3. บริการสังคมสงเคราะห์จิตเวช (S-SW-005) โดย				
สัปดาห์ที่ 2	1. ประเมินปัญหาของผู้ป่วย และให้บริการตามระดับ ความซับซ้อนของปัญหาที่พบ รวมถึงความรุนแรงของผล กระแทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย	1. การตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาตามการร้องขอจาก แพทย์และจัดทำรายงานส่งตึกผู้ป่วย 2. การประเมินสภาพปัญหาเพื่อรับการบำบัดรักษาทาง จิตวิชา เช่น - กลุ่มศิลปะบำบัด - พฤติกรรมบำบัด - การให้การปรึกษา - การให้สุขภาพจิตศึกษา - ครอบครัวบำบัด - อื่นๆ..... และจัดทำรายงานผลการให้บริการทางจิตวิชาส่งต่อ ตึกผู้ป่วย	นักจิตวิทยา			
สัปดาห์ที่ 2	เพื่อประเมินวางแผนจัด กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สอดคล้องเหมาะสม ตามศักยภาพของผู้ป่วย	การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ 1. รับจากการคัดกรองเบื้องต้นของ จนท. ตึกผู้ป่วยใน 2. ศึกษาระบบข้อมูลเบื้องต้น 3. ประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย	นักอาชีว บำบัด			

ชื่อ-สกุล.....

ตีก.....

ระยะเวลา ว.ค.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ข้อผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
		4. วางแผนการพัฒนาศักยภาพ				
		5. จัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพตามการวางแผน พร้อมทั้งประเมินผลกระทบจากการทำกิจกรรม				
สัปดาห์ที่ 3-4	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน อาการทางจิตและได้รับการ รักษาอย่างเหมาะสม	1. ตรวจประเมินอาการทางกาย ตรวจประเมินสภาพจิต และปัญหาทางจิตสังคมเพื่อถูกความก้าวหน้าของการรักษา หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง	แพทย์			
		2. ประเมินผลการกินยา ผลข้างเคียงและการปรับเปลี่ยน การรักษาให้เหมาะสม				
		3. พิจารณาส่งต่อทีมสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมในการบำบัด รักษา เช่น				
		3.1 จิตบำบัด/พฤติกรรมบำบัด				
		3.2 ให้คำปรึกษา				
		3.3 จิตสังคมบำบัด (สารเสพติด) หรือปรึกษาในเรื่อง อื่นๆ เช่น				
		3.4 ปรึกษาด้วยโรคฝ่ายกาย				
		3.5 ส่งต่อด้วยโรคฝ่ายกาย				
		3.6 ประชุมร่วมกับสาขาวิชาชีพ				
		ปัญหา.....				

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความประปรวน ชื่อผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
	2. ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและนำผู้ป่วยกลับบ้าน	1. ตรวจประเมินอาการทางกาย สภาพจิต และทางสังคม เพื่อถูกความพร้อมก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้าน 2. วางแผนการนำผู้ป่วยกลับบ้านและให้คำแนะนำ การปฏิบัติดตามแนวทางการรักษา				
สัปดาห์ที่ 3-4	- เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนนำผู้ป่วยกลับบ้าน	- เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ดังนี้ 1. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุและการรักษา 2. คุ้นเคยรับประทานยาตามเวลา และสังเกตอาการ ข้างตีบ 3. ฝึกทักษะการเข้าสังคม โดยการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ 4. วางแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน 6. ให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติ เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน	พยาบาล			
สัปดาห์ที่ 3-4	1. เพื่อให้การจัดการทรัพยากรทางสังคม/การบำบัด/พื้นที่ทางสังคมโดยให้ <input type="checkbox"/> กลุ่มน้ำบังคับทางสังคม	1. ให้การจัดการทรัพยากรทางสังคม/การบำบัด/พื้นที่ทางสังคมโดยให้ <input checked="" type="checkbox"/> กลุ่มน้ำบังคับทางสังคม	นักสังคม สังเคราะห์			

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

รายละเอียด ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ชื่อผู้ให้บริการ
				ที่ได้	ที่ไม่ได้	
		5. ประเมินภาวะ precaution ต่างๆ ได้แก่ suicide/accident/violence/escape				
		6. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ ตามข้อบ่งชี้ แปลผลที่ได้ประกอบการวินิจฉัยและการรักษา				
		7. ประเมินการกินยาและผลของการรักษาด้วยยา คลอนดาน side effect ของยา				
		8. พิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า หรืออื่นๆ				
		8.1 ปรึกษาด้วยโรคฝ่ายกาย				
		8.2 ส่งต่อด้วยโรคฝ่ายกาย				
		8.3 ประชุมร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพ				
		8.4 ปัญหา.....				
สับดาห์ที่ 1	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์	1. จ่ายยาให้ผู้ป่วยคำสั่งการรักษาของแพทย์	เภสัชกร			
	2. เพื่อไม่ให้เกิด หรือลด การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	2. ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในระบบยาของโรงพยาบาล				
	3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ที่ถูกต้อง	3. ให้บริการ Drug Counselling ในผู้ป่วยที่ใช้ยาได้ไม่ถูกต้อง				

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความประปรวน ของผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
สัปดาห์ที่ 3-4	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของปากได้ถูกต้อง	1. เข้าอกลุ่มทันตสุขศึกษาฝึกปฏิบัติเบรngทันและตรวจสุขภาพปากและฟัน 2. ตรวจสุขภาพในช่องปาก 3. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปาก	ทันตกรรม			
สัปดาห์ที่ 3-4	เพื่อให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา	1. ให้การบำบัดรักษาทางจิตวิทยาแก่ผู้ป่วย เช่น - กลุ่มศิลปบำบัด - พฤติกรรมบำบัด - การให้การปรึกษา - ครอบครัวบำบัด - การให้สุขภาพจิตศึกษา - อื่นๆ..... และจัดสร้างงานผลการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย	นักจิตวิทยา			
สัปดาห์ที่ 3-4	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพื้นฟูสมรรถภาพตามการวางแผนพร้อมทั้งประเมินผลกระทบจากการวางแผน สมรรถภาพอย่างเหมาะสมตามทักษะภาพ 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ามาเยี่ยมจากโรงพยาบาล	1. ให้กิจกรรมการพื้นฟูสมรรถภาพตามการวางแผนพร้อมทั้งประเมินผลกระทบจากการทำกิจกรรม 2. จัดกิจกรรมตามทักษะที่จำเป็น ดังนี้ ทักษะการทำงานพื้นฐานอาชีพ ทักษะการพักผ่อนทักษะการใช้ชีวิตร่วมชุมชน (Living Community skill, Occupational Therapy) เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ชุมชน 3. ประเมินผลการพื้นฟูสมรรถภาพ	นักอาชีวบำบัด			

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา ว.ค.ป.ที่ปฏิบัติจริง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความแปรปรวน ช่องผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
สัปดาห์ที่ 3-4	1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าหน่าย 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการติดตามเยี่ยมจากเครือข่ายภายหลังเข้าบ้านฯ อย่างต่อเนื่อง	ในการฉีดผู้ป่วยในร้องขอตึกผู้ป่วยใน	พยาบาล ศุภภาพจิต และจิตเวชชุมชน			
		1. ได้รับใบร้องขอให้เตรียมความพร้อมครอบครัวผู้ป่วยตามใบ F-AS-001				
		2. ประเมินผู้ป่วย และศักยภาพการทำงานเพื่อประสานงานเครือข่ายในพื้นที่วางแผน และกำหนดคุณติดตามเยี่ยม				
		3. ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย จัดทำรายงานและรายงานผลการติดตามเยี่ยมให้ตึกผู้ป่วยในที่ร้องขอทราบ				
		4. พิจารณาติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง หรือชุดบริการ โดยส่งต่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง				
		ในการฉีดผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่เข้าหน่ายออกจากโรงพยาบาล				
	1. ตรวจสอบลายเซ็นยินยอมญาติในการให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมในพื้นที่	1. ตรวจสอบลายเซ็นยินยอมญาติในการให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมในพื้นที่				
		2. สรุปรายงานข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาและอยู่ในโรงพยาบาล ส่งต่อข้อมูลการรักษาให้แก่เครือข่ายในพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมหลังเข้าบ้านฯ อย่างน้อย 1,3,6 เดือน				

ชื่อ-สกุล.....

ตึก.....

ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิชาชีพ	ผลการปฏิบัติ		ผลลัพธ์/ความประปาน ช่องผู้ให้บริการ
				ทำได้	ทำไม่ได้	
ว.ด.ป.ที่ปฏิบัติจริง						
สัปดาห์ที่ 3-4	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล สุขภาพของปากได้ถูกต้อง ก่อนเข้าหน่ายօอจาก โรงพยาบาล	เข้ากลุ่มทันตสุขศึกษาฝึกปฏิบัติแบบทัน	ทันตกรรม			
สัปดาห์ที่ 4 (Stable Phase)	ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาได้ โดยอาการไม่กำเริบ	การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1. เตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย 2. นัดตรวจนัดตามอาการหลังเข้าหน่าย	แพทย์			
		1. วางแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแล ผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน 3. ให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติ เตรียมผู้ป่วยก่อน กลับบ้าน 4. สรุปข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาขณะอยู่ใน รพ ส่งต่อข้อมูลการรักษาให้แก่เครือข่ายในพื้นที่เพื่อติดตาม เชื่อมหลังเข้าหน่ายอย่างน้อย 1,3,6	พยาบาล			
		5. ติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้าน โทรสัพท์ จดหมาย				

卷之三

ส่วนที่ 2 การประเมินสถานภาพปัจจุบันร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ต้องน้ำ และจิตวิญญาณ ก่อนการปฏิบัติงานและก่อนให้การพยาบาล ที่มีการพยายามลดลงรวมถึงลดลงอย่างมาก

תְּלִימָדָה מִתְּלִימָדָה

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <p>1. តីក្សូរាជធានីរាជរៀប :</p> <p>អូមខណ្ឌនីរាជការ = ទេសចរណ៍ទីខេត្ត = ទីសង្កាត់ = ភ្នំពេញ = ភ្នំពេញ</p> <p>ខាងត្បូរ = ភ្នំពេញ ភ្នំពេញ = ភ្នំពេញ</p> <p>អគារប្រជាពលរដ្ឋនាមបណ្តុះបណ្តាលទីរាជធានីរាជរៀប = ភ្នំពេញ</p> | <p>2. សំណងទៅត្រា :</p> <p>ឯកសារនៃក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា</p> <p>នាយកដ្ឋាន = ក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា</p> <p>សំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា</p> | <p>3. រដ្ឋបាលរដ្ឋបាលតាម :</p> <p>តីក្សូរាជធានីរាជរៀប = ភ្នំពេញ</p> <p>តីក្សូរាជធានីរាជរៀប = ភ្នំពេញ</p> <p>តីក្សូរាជធានីរាជរៀប = ភ្នំពេញ</p> | <p>4. ពិភ័យលេខ និងការបង្កើតចំណាំពី</p> <p>ឯកសារនៃក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា</p> <p>នាយកដ្ឋាន = ក្រសួងសំណងទៅត្រា = ក្រសួងសំណងទៅត្រា</p> |
|--|--|--|---|

1

卷之三

5. ກໍາລັງຂອງຄ້າມນີ້(ວິນ ເຕັນ ປຶກ ປະເມີນ) / : **ຜູ້ປະເມີນ**)

 - ຜົນ ນວິຈາລະ ຫາພາດ
 - ບາດເພດ ນວິຈາລະ ຫາດ
 - ແກ້ໄທຫຼາຍ ນາງຄາດ
 - ແກ້ໄທຫຼາຍ ນວິຈາລະ ຫາດ
 - ແກ້ໄທຫຼາຍ ນວິຈາລະ ຫາດ
 - ແກ້ໄທຫຼາຍ ນາງການ

□ ห้ามนำเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เข้าสู่ห้องน้ำ

8

卷之三

- ประดิษฐ์ความสัน្យาร ก บก.บดีคง "ได้รับงบด" งานนักอภัย บก.บดีคง "ไม่ได้" เพื่อจะ.....
 บก.บดีคง "ดำเนินการเพื่อ"
 บก.บดีคง "ดำเนินการตาม" ผู้ทรงมาต
 ผู้ทรงมาต เก็บสืบ查จ

-(cont'd) मानविकी द्वारा अपनी समस्याएँ अपनी जीवन के लिए बहुत अधिक विश्वासी होती हैं।

<p>4. การซื้อขาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ปาเกต <input type="checkbox"/> ปาเกตที่ <input type="checkbox"/> ปาเกตที่สอง <input type="checkbox"/> ปาเกตที่สาม <p>5. การพัฒนา/น้อมถั่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ลักษณะการสอน <input type="checkbox"/> ปาเกต <input type="checkbox"/> นักเรียนยก <input type="checkbox"/> นักเรียนตัวต้นๆ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... 	<p>6. การทำกิจกรรมในชีวันหนึ่หรือการสอนทำเลี้ยงชา</p> <p>7. บุคลิกภาพที่อนุมานจากการเรียนภาษาไทยจัด.....</p> <p>การประเมินผลการจัดการเรียนรู้</p> <p>1. ลักษณะที่ทรงค่าให้ความไว้ใจ</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>การเด็จจา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สร้อยคอ <input type="checkbox"/> ผ้าม่าน <input type="checkbox"/> วิตกกังวล <input type="checkbox"/> สำนตา <input type="checkbox"/> หลอกล่อ <p>การเด็จดองขอทางการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ห้ามเข้า เช่น บ้านห้องนอนที่ห้ามเข้า <input type="checkbox"/> หอดูที่ <input type="checkbox"/> กระแทก <input type="checkbox"/> ใช้อาวณ์ </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เชื่อตัว <input type="checkbox"/> เสียงเย็บ <input type="checkbox"/> หาดักลัว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ <input type="checkbox"/> ลืม(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ใหม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติทุก..... <input type="checkbox"/> วัน/ครั้ง </td> </tr> </tbody> </table> <p>2. ลักษณะอารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> หงุดหงิด <input type="checkbox"/> กระแทก <p>3. การพัฒนาตัวเอง</p> <p>3.1 การแสดงออกทางการพูด</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>เป็นทางการมาก</p> <p>น้ำเสียง</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> โดยชอบเรื่อง <input type="checkbox"/> ตามคำสอนค่า <input type="checkbox"/> ไม่ตอบได้ <input type="checkbox"/> ไม่พูดความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พูดเร็ว <input type="checkbox"/> ปากตื้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> หยุดหายใจ <input type="checkbox"/> เต็มทั้ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... </td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2 การแสดงออกทางการฟ้า</p> <p>ทักษะที่ประณีต</p> <p>4. ความคิด</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ปาเกต <input type="checkbox"/> ปาเกตที่ <input type="checkbox"/> ความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ความคิดเห็นอื่น <p>5. การรับรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> รับรู้ความแตกต่างของชีวิต <input type="checkbox"/> แยกแยะตัวตนจากความเป็นจริง <input type="checkbox"/> ประสาทสัมผัสระบุคนเดียวและร่วมเพศเดียว 	<p>การเด็จจา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สร้อยคอ <input type="checkbox"/> ผ้าม่าน <input type="checkbox"/> วิตกกังวล <input type="checkbox"/> สำนตา <input type="checkbox"/> หลอกล่อ <p>การเด็จดองขอทางการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ห้ามเข้า เช่น บ้านห้องนอนที่ห้ามเข้า <input type="checkbox"/> หอดูที่ <input type="checkbox"/> กระแทก <input type="checkbox"/> ใช้อาวณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เชื่อตัว <input type="checkbox"/> เสียงเย็บ <input type="checkbox"/> หาดักลัว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ <input type="checkbox"/> ลืม(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ใหม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติทุก..... <input type="checkbox"/> วัน/ครั้ง 	<p>เป็นทางการมาก</p> <p>น้ำเสียง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> โดยชอบเรื่อง <input type="checkbox"/> ตามคำสอนค่า <input type="checkbox"/> ไม่ตอบได้ <input type="checkbox"/> ไม่พูดความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พูดเร็ว <input type="checkbox"/> ปากตื้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> หยุดหายใจ <input type="checkbox"/> เต็มทั้ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....
<p>การเด็จจา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สร้อยคอ <input type="checkbox"/> ผ้าม่าน <input type="checkbox"/> วิตกกังวล <input type="checkbox"/> สำนตา <input type="checkbox"/> หลอกล่อ <p>การเด็จดองขอทางการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ห้ามเข้า เช่น บ้านห้องนอนที่ห้ามเข้า <input type="checkbox"/> หอดูที่ <input type="checkbox"/> กระแทก <input type="checkbox"/> ใช้อาวณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่เชื่อตัว <input type="checkbox"/> เสียงเย็บ <input type="checkbox"/> หาดักลัว <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ <input type="checkbox"/> ลืม(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ใหม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติทุก..... <input type="checkbox"/> วัน/ครั้ง 				
<p>เป็นทางการมาก</p> <p>น้ำเสียง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> โดยชอบเรื่อง <input type="checkbox"/> ตามคำสอนค่า <input type="checkbox"/> ไม่ตอบได้ <input type="checkbox"/> ไม่พูดความผิดปกติ <input type="checkbox"/> พูดเร็ว <input type="checkbox"/> ปากตื้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> หยุดหายใจ <input type="checkbox"/> เต็มทั้ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)..... 				

ໂຮງໝາງການຄວບຮູ້ອຸງ

6. ກາງຊື້ເວລາ ສາທນໍ້ ນຸ້ຄດ ບົດຕິ ຜິດປາກີ(ຮະບູ)

7. ການຈຳ

ຄວາມຈຳອົດ ປັກຕີ ປັດປາກີ(ຮະບູ)
ຄວາມຈຳປັບປຸງ ປັກຕີ ຜິດປາກີ(ຮະບູ)
8. ກາງຜັດສິນໃຈ ຮະດັບຕິ ຮະດັບພອິເຂີ ຮະດັບໄປເຕີ

9. ກາງຊື້ຈົດຄອງ

ກາງເຫັນປ່ອທາງຈົດ ຂອນຮັນ ໄນອອຽນ

ກາງປະເມີນສົກວະການສັງຄົມ(ວັນ ຕີອືນ ປີປີປະເມີນ..... /..... /..... : ປູ້ປະເມີນ.....)

1. ຈຶນຫຼັນເຮັດໃນນ້ຳເຕີ່ວັກນ.....

2. ສັນພັນກາພົນສາເຊີກໃນຄຣອນຄວ້າ ດູແລ່ຍ່າຍທີ່ຂີ້ອ່ານແລກຂັນ ທ່າອົນຄ່າເງື່ອງ ອື່ນາ(ຮະບູ).....

3. ປະລັດກາວເລີນປົງວ່າຂອງສ່ານເຫົາໃນຄຣອນຄວ້າ "ນິມ" ມີ(ຮະບູ).....

4. ສາທນະການບາຫາຂອງຜູ້ປ່າຍໃນຄຣອນຄວ້າ ທ່າວ້ານ້າຄຣອນຄວ້າ ສາທີ່ກຣອນຄວ້າ

5. ສາທີ່ໃນຄຣອນຄວ້າທີ່ເປັນຜູ້ທີ່ກ້າວຄຸມແລກຜູ້ວ່າຂອນທີ່ທີ່ຢູ່ໃຈພະນາລ ຄືອ.....

6. ນຸ້ຄດຜູ້ປ່າຍກ່າລື້ອຍແລກໄວ້ຈຳ ນິມ ມີ(ຮະບູ).....

7. ຫຼັນຫາທາງເຫັນໃຈ

- ຜູ້ປະເມີນພົດຍອມຫຼັກທີ່ເກີ່ວກນໍາໃຈ່ຂອງໃນກາරຮັກຍາຜູ້ປ່າຍ "ນິມ" ມີ(ຮະບູ).....
- ຄວາມຮັນປົງວ່າໃນການພະນັກງານໄດ້ ທັນກົມ ນາງສ່ວນ ໄນໃຈກົດອອນ

8. ຕິ່ງແຈສ້ອນ

- ສາກພົດຍູ້ເຫັນ ອູ້ໃນຫຼຸນຂນ ທ່າງໄກຄຸນຂນ ໄນອົນໄກຄຸນຂນ
- ມີເຫດກາຮັມເນີນໄກສ້ອນ ມີທີ່ລ່າງເສັດພົດໃຫ້ສ້ອນ
 ອື່ນາ(ຮະບູ).....

- ເຫດລໍາປະໄວໂຫຼນນີ້ນີ້ຫຼາຍ (ສາທນີການຮັກພາຫຼາຍໃກ້ສ້ານໆລັດ) "ນິມ" ມີ(ຮະບູ).....

ກາງປະເມີນດັນຈົດວິຫຼຸດພ (ວັນ ຕີອືນ ປີປີປະເມີນ..... /..... /..... : ປູ້ປະເມີນ.....)

1. ຄູ້ຄ່າເຫດຄວາມຮັບອົງປ່າຍ

- ສັງເຊື່ອນ່າງທີ່ພໍ່ຈຳກັງໃນພົມແຈ້ງກ່າຍ "ນິມ" ມີ(ຮະບູ).....

- ຄວາມຄົດກາງກົງບັນຍົດທອກຮັກການສາການ ໄນຄົດກາງ ຕ້ອກາງ(ຮະບູ).....

2. ຖຸມກຳແຕກວານຮັບອົງປ່າຍ

- ຄວານຮັບອົງປ່າຍທີ່ເກີ່ວກນັ້ນສາຫຼຸມຂອງກາງເຈັນປົວຄັງຈົ່ງຂອງຜູ້ປ່າຍ "ນິມ" ໄນ(ຮະບູ)
- ເປັນຮັອງຮັມນຳທີ່ເກີ່ວກນັ້ນ ເກວະກົກກຽມ ເນັ້ນຈາກກາງປົງປົງທີ່ວ່າໄມ້ຖຸດອອນ
 ນໍາການ ອື່ນາ(ຮະບູ).....

- ຄວານຄົດຫວັງທີ່ກາງຮັກພາຫຼາຍຈັງ

ບາຍ ນໍາຮັກຫຼາຍ ເຫັນ ອື່ນາ(ຮະບູ).....

- ຄວານຫຼືອກກາງຂອງຫຼຸງທີ່ໃນການຈຸດເລັກຫາພາຍນາຄຸ້ມັງກວດ

ຕາຖານທີ່ກຳພົມ.....

(ຝູ້ປະເມີນ)

(ຝູ້ປະເມີນ)

แบบฟอร์มจัดการภัยคุกคามเพื่อยกเว้นSAFE Precaution โรงพยาบาลศรีรัชบุรา		ชื่อ - สกุลผู้เข้ามา	อายุ.....ปี Dx.....HN.....
ก. ภัยคุกคามสำหรับคนไข้	ก. ภัยคุกคามสำหรับคนไข้		
S (Suicide) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	CPD ER	ว.ต.ว.	กรณ์
1. มีการตั้งใจที่สำคัญ เช่น บุคคลในสังคมหน้าที่การทำงานอยู่บ่อยๆ ภายใน 6 เดือน ระบุ.....			เห็นด้วย
2. มีประวัติสถาบันทางทรัพยากรัฐบาล			เห็นด้วย
3. มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งภายใน 1 เดือน			แมง
4. มีอาการผิดหวัง ห่วงโซ่ความสัมพันธ์ หลงผิดหวัง ขาดความสัมภัติ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้			แมง
5. มีสัญญาณเตือน เช่น มีความคิด / วางแผน / ชุด / ที่จะทำร้ายตนเอง			แมง
6. มีสถานะที่ไม่ได้พัฒนาตามที่ควรจะเป็น เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก หายใจลำบากขณะนอนพัก / หายใจลำบากขณะเดินทาง			แมง
A (Accident) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ			
1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป / สมรรถภาพรับประทานน้ำดื่มน้ำแข็ง / ยุบตัวลงจากกระดานบิน / หัวใจเต้นเร็วมาก			เห็นด้วย
2. ผู้ป่วยมีการทรงตัวไม่ดี หรือ ลมหายใจลำบาก			แมง
3. ผู้ป่วยมีอาการสับสน เดินเรื่องไปเรื่อยๆ			แมง
4. ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมมาก			แมง
F (Violence) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยมีความรุนแรง			
1. มีประวัติพกอาวุธ / ใช้อาวุธที่อาจทำร้ายผู้อื่น			เห็นด้วย
2. มีประวัติใช้ยาเสพติด หรือยาเสพติดให้ก่อภัยความรุนแรงภายใน 5 วัน ยกเว้นบุตร			เห็นด้วย
3. พากษาผู้อื่น / พักยาของผู้อื่น ให้ก่อภัยความรุนแรงภายใน 1 สัปดาห์			แมง
4. มีอาการที่มีแนวโน้มทำร้ายผู้อื่น เช่น หูบวม หัวครุยบวม หงส์ผิด หัวอกล้าว หุนหันพลันแล้ว			แมง
5. มีสีหน้า ทางาน อาสงน์ คำหยด และดังความก้าวกระโดด			แมง
6. มีปฏิกิริยา หลุดเหลืออยู่บ่อยครั้ง หรือกระทำการที่ไม่เหมาะสม (เช่น ลีบยืด แยห้อด ฯลฯ)			แมง
E (Escape) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยหลบหนี			
1. มีประวัติใช้ยาเสพติด ก咽ใน 6 เดือน ยกเว้นบุตร			เห็นด้วย
2. มีประวัติหลบหนี			เห็นด้วย
3. ไม่เต็มใจอยู่โรงพยาบาล / ครอบครัวของบุคคล			เห็นด้วย
4. มีความคิดกังวลเกี่ยวกับภัยที่ตนอาจต้องถูกดำเนินการของโรงพยาบาล			เห็นด้วย
5. มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี / บุคคลฯจะหนี ขณะอยู่โรงพยาบาล			แมง
6. มีอาการทางจิตที่บกพร่อง / มีช่วงเวลา ที่ออกอาการโง่ประสาท			แมง
	ผู้ประเมิน		
วิธีปฏิบัติ	1. การประเมิน SAFE ในแต่ละชั้ก ถ้าพบว่ามีประวัติเชิงลบในภัยคุกคามตามกำหนดให้ใส่ Y 2. การประเมิน SAFE ในกรณีที่มีประวัติเชิงลบในภัยคุกคามโดยทุกครั้งที่เดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาล ให้ใส่ N		
หมายเหตุ (สำหรับ IPD)	F ถ้าประเมินผู้ป่วยเดียว ให้อยู่ตัวแยกเดียว (ผู้ป่วยวิชาชีพทางจิตเวช)		
E	ถ้าประเมินในตัวเดียว ให้อยู่ตัวเดียว แต่ถ้าต้องนำบันทึกประวัติมาได้ ให้ประเมิน "ตัวเดียว 6" ให้คู่ตัวแยกรับ		

แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales: HoNOS ฉบับภาษาไทย)

โรงพยาบาลสวนปรง ตึก...

..... ខ្លួន-សក្សា .. ខោមី .. បី HN .. ភេទ .. ធម្ម .. ឃាយ .. ឃុំពុំ ឯិនិយត្រូវក្រុង .. ICD code ..

วันที่รับอนุญาต (dd/mm/yy) วันที่วางแผนจ้างเหมาจราญ (dd/mm/yy) วันที่ดำเนินการจริง (dd/mm/yy)

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

หัวขอ	อาการและอาการแสดง	รันดี	รันดี	รันดี	รันดี	รันดี
1 Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่า ตนเองประวายเป็นโนร็อก ทางกายภาพ	Anxiety (G) ใน 1 สองคราที่ผ่านมา คุณรู้สึกกังวลหรือกลั้ยงไห้ไปทางใหม่ / ความคิดเห็นรบกวนเดินใจไปอย่างมีสีส้มมากใจที่ใน เหตุการณ์ / อาการที่บอบอกเมื่อถูกถาม ทำงงานที่ยังคงไม่เหมือนเดิม					
3 Emotional withdrawal (N) มีสัมภัยและภารกิจอยู่บ่อยๆ ปฏิเสธไม่ต้องบ่นบ่นบ่น ไม่แสดงความสนใจ พ้อเจาเฉยเมย						
4 Conceptual disorganization (P) หลงไม่เป็นเรื่องราว ขาดการซึ่งกันและกัน ไม่คิดอย่างเดียว (ดูใน 15 นาทีแรก)						
5 Guilt Feeling (G) คุณรู้สึกถูกตำหนินินดูเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่						
6 Tension (G) ของชาภายในน้ำร้อนสักเด็กจะรีบดู ขณะดูดูชาด้วย การกระตุก เสียงสั่น						
7 Mannerism and posturing (G) มีทางการเดินไม่自然 ไม่เป็นธรรมชาติ บั้งกลาง เหย็บ ดูไม่ปกติ						
8 Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่าง หรือไม่ / ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใหญ่ที่สุดหรือเลี้ยงหัวใจไม่ลง						
9 Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าไม่มีความสุข หรือความเศร้าโศก / รู้สึกขาดแรงดันทาง สามารถดำเนินไปเรื่อยๆ ให้ไม่มีความรู้สึกได้ดี / ความรู้สึก รบกวนการทำงานอย่างติดขัด						
10 Hostility (P) ใน 1 สองคราที่ผ่านมา คุณรู้สึกหุบหิวหรืออารมณ์เต็มอย่างมาก / เคยมีปัญหาจากครอบครัวหรือทะเลาะกับคนอื่น / ไม่พัฒนาภาพกับผู้อื่น คนในครอบครัว เหตุผลร่วมงานเป็นอย่างไร						
11 Suspiciousness (P) คุณรู้สึกห่วงเมื่อพบมีคนดูอยู่เบื้องหลัง ความคิดร้ายร่างใหม่ / โดยวิธีใด / รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการติดร้ายในครอบครัว						
12 Hallucinatory behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีความเห็นพูดคุยกับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคย แต่กลับอ้างว่าได้ยินเห็นตัวหัวใจไม่ คุณมองเห็นหรือได้ยินอะไรบางอย่างโดยคนอื่นรู้สึก / ประสาทบกพร่อง เมื่อกราดหัว ต่อมซีรัฟประจุร่วมกันใหม่						

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
13	Motor retardation (G) การชัก การเคลื่อนไหวช้า (สังเกตพฤติกรรม)				
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน รับมือระวัง "ไม่ เป็นมิตรต่อผู้อื่นและสูญเสียความรู้สึก"				
15	Unusual thought content (G) ความคิดเปล่า空 เช่น มี ความเชื่อของลังบัด วิตยาน พากเพียบในร่างกาย Somatic Grandiosity Delusion จะพบในเด็กด้วย				
16	Blunted affect (N) เห็นไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ทางหน้า				
17	Excitement (P) มีท่าทีกระตุกกระส่อม มีปฏิกิริยาให้ตอบรับ อย่างเป็นสุข				
18	Disorientation (G) ทางวันที สถานที่ เกร็ง บุคลิก ความทรงจำ				
	ผู้บันทึก / ผู้รายงาน				

Rating	1 = "ไม่มีอาการ"	2 = "มีอาการเล็กน้อยยกเว้นบางครั้ง"
Key	3 = "มีอาการเล็กน้อย"	4 = "มีอาการปานกลาง"
	5 = "มีอาการเข้าขั้นรุนแรง"	6 = "มีอาการรุนแรง"
	7 = "มีอาการรุนแรงมาก"	

ผลการประเมินด้วยมาตราสัฟเรนเดอร์เบ้าทางประสาท

แบบบันทึกการประเมินนิญหาผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลศรีมหามาโล

(Prasri Treatment Plan: PTP)

ชื่อผู้ป่วย..... HN. วัย..... ครัวเรือน..... ชื่อพยาบาลเจ้าหนูงาชี.....
 รหัสประจำตัว..... คุณที่..... ผู้ป่วย

หมวดปัญหา (ตาม PTP)	ระดับ ความรุนแรง*	รายละเอียดลักษณะปัญหา ที่พบ	แผนการดูแลเหตุ นำเบื้องต้น	เป้าหมาย เนื่อง D/C
1. Disruptive, Aggression: ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ดี หรือ พฤติกรรมทำร้าย				
2. Non-accidental self-injury: ปัญหาที่เกิดจากการรุนแรงความคิด หรือ พฤติกรรม自我ทารุณ หรือทำร้ายตัวเอง				
3. Substance use problem: ปัญหาระดับสูง หรือการใช้ยาเสพติด				
4. Cognitive problems: ปัญหาด้านพุทธนิปัณญา				
5. Physical illness or disability problems: ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางพื้นที่ พิการทางร่างกาย				
6. Problems associated with hallucinations and delusions : ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาท หลอนและหลังมืด				
7. Problems with depressed mood : อารมณ์เห็นหม่น				
8. Other mental and behavioral problems: ปัญหาด้านสังคมใน				
9. Relationship problems : ปัญหาด้านสัมพันธภาพ				
10. Problems with activities of daily living : ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเองใน ชีวิตประจำวัน				

หมวดปัญหา (ตาม PTP)	ระดับ ความรุนแรง *	รายละเอียดลักษณะปัญหา ที่พบ	แผนการดูแลระยะสั้น ไม่เกิน 6 เดือน	เป้าหมาย ในช่วง D/C
11. Problems with living conditions : โขกส์ที่จะใช้ชีวิตรักษาความสุขในบ้านที่อยู่อาศัย				
12. Problems with occupation and activities : โขกส์ในการใช้และพัฒนาปรับปรุง ความต้องการในด้านอาชีพและ มีงานทำ				

* ระดับความรุนแรงตามดังนี้

0 = ไม่มีปัญหา 1 = มีปัญหาเล็กน้อย ไม่ต้องดำเนินการใดๆ

2 = ปัญหาไม่รุนแรงแต่ต้องเฝ้าระวัง

3 = ปัญหารุนแรงปานกลาง

4 = ปัญหาเร่งด่วนและรุนแรง N/A = หักนสทไม่เพียงพอ ต้องหาชุดคุณสมบัติใหม่

แบบตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับการเตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อขาหน่าย

ห้องน้ำชาย..... อายุ..... ปี H.N.....

การวินิจฉัยโรค..... แพทย์..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... วันที่เข้าพยาบาล.....

(พื้นที่) โรงพยาบาลชั้นนำ..... (พื้นที่) โรงพยาบาลศัลย์บุญญา..... A.N.....

ลำดับที่/ ชื่อยาเส迷ยา	ประจุเดินทางคุณ	วันที่ปฏิบัติ	หมายเหตุผู้ปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
วันที่ 1 ก่อนเข้าห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - อาการดังนี้ผู้ดูแลแสดงประพฤติไม่คุ้มครองสุขภาพในภาวะการรักษา เช่น การร้องขอผู้ป่วยให้ห้องน้ำและห้ามดูแลทราย - ให้ความสำคัญให้มากยิ่งกว่าปกติ เมื่อถูกดูแล 				
วันที่ 2 ก่อนเข้าห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญและดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่รบกวนต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - Disease โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ตามการวินิจฉัยของแพทย์ - Medication ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการผ้าขาวงของรากฟันที่หายไป - ข้อเสียของยา (เช่นดีไซยาโนเจน ที่มีผลต่อการดูแลรักษา ในการจัดการยาและยาที่เข้าห้องน้ำ) 				
วันที่ 3 ก่อนเข้าห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - Treatment อาการเดือนที่สาม อาการที่หายไปและรักษารักษา ก่อนเข้าห้องน้ำ - Health การประคบรักษาที่เหมาะสม การจัดการรักษา ให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ - Outpatient Referral ความเสี่ยงที่จะต้องการมาตรวจในต่อไป หากอาการรุนแรงมาก แนะนำผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลชั้นนำ ที่ดีที่สุด แต่หากไม่สามารถเข้ารักษาพยาบาลได้ ก็ต้องหาสถานที่ที่ดีที่สุด ให้ความสำคัญและดูแลอย่างใกล้ชิด - Diet การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับอาการ แต่ห้ามกินอาหารและเครื่องดื่มน้ำตาล ให้ห้ามกินอาหารและเครื่องดื่มน้ำตาล ในวันที่เข้าห้องน้ำ 				

สูบบุหรี่บุหรี่เพื่อฆ่าการงานและการพยายามบ้า

(วันที่ 1) ผู้ดูแล คือ..... ความพึงพอใจของผู้ดูแล หัวใจ ใจร้อน ใจเย็น ใจดี
(วันที่ 2-ก่อนเข้าห้องน้ำ) ปมพาระของผู้ป่วยและยาตาม DMETHOD และความความต้องการยาที่เหลืออยู่บุหรี่และผู้ดูแล

สรุปกรณ์จานวนรายละเอียดตามเมืองหลังจำหน่าย โรงพยาบาลศรีรัตนบุรา

การวินิจฉัยและรักษา

การรับนิ้วชี้และร้าม

การรักษาทางจิตเวช (รักษาระยะ Home Med)

- 1..... 2.....
- 3..... 4.....
- 5..... 6.....

- ECT. ไม่มี มี จิตเวช ครรช. ผู้การรักษา ตี บำบัดง ไม่ได้
- ผลแทรกซ้อน ไม่มี มี รับรู้

การรักษาทางกาย (nicely ประดิษฐ์ / โรคเมร่าซึ่งขณะนี้อยู่ รพ.) รับรู้ ก็ได้

(รักษาระยะ Home Med)

- 1..... 2.....
- 3..... 4.....

ยาที่ต้องเฝ้าระวัง รับรู้

- | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| วิธีการจานวนย | <input type="checkbox"/> | ญาติรับ | <input type="checkbox"/> | ญาลับ | <input type="checkbox"/> | ส่งสถาบันเชคراฯ |
| | <input type="checkbox"/> | หอบหนี | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | Refer รพ. | | ดำเนินร. |
| | | | <input type="checkbox"/> | รับรู้ | | |

รีวิวผู้แตหลังจำหน่าย

ที่อยู่ที่ติดต่อได้

โทรศัพท์

WARD จำหน่าย

หลังจำหน่าย ส่งต่อการรักษา ที่ โรงพยาบาล

- "ปรึกษาตามสิทธิในการรักษา หลังผ่าตัด
- "ไม่ปรึกษาตามสิทธิในการรักษา ระบุสถานพยาบาลที่จะไปรักษาตัวเข้มแข็งหลังจากน้ำยา

ข้อมูลสำคัญ / แผนที่เอกสารดูแลต่อไป

การติดตามผู้รายหนี้ตามน้ำ

วันเดือนปีที่ถ่าย		ผลการติดตาม
วันเดือนปีที่ถ่าย		<p>1. การเก็บข้อมูลผู้ไวย <input type="checkbox"/> ผู้ประกันภัย <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ไม่ยอมกินยา</p> <p>2. อาการผู้ไวยทั่วไปขณะนี้ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตัวแข็ง 大致 ลิ้นแข็ง <input type="checkbox"/> มือสั่น ตัวสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>3. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยเครื่อง械ช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้</p> <p>4. ความสามารถในการประกอบอาหาร <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเก็บยาหมด <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ขาดเหลือการงานไป <input type="checkbox"/> ดูแลคนไข้ <input type="checkbox"/> เป็นภาระต่อครัวเรือนกับผู้อื่นได้ <input type="checkbox"/> บ้านกำลังอยู่ในภาวะพิเศษ <input type="checkbox"/> ลืมๆ.....</p> <p>5. การรักษาตัวขณะนี้ <input type="checkbox"/> รับยาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> "ไม่รับยา <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>6. ปัญหาอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การซ่อนเหลือและนำ.....</p>
วันเดือนปีที่ถ่าย		<p>ผลการติดตาม</p> <p>1. การเก็บข้อมูลผู้ไวย <input type="checkbox"/> ผู้ประกันภัย <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ไม่ยอมกินยา</p> <p>2. อาการผู้ไวยทั่วไปขณะนี้ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตัวแข็ง 大致 ลิ้นแข็ง <input type="checkbox"/> มือสั่น ตัวสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>3. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยเครื่อง械ช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้</p> <p>4. ความสามารถในการประกอบอาหาร <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเก็บยาหมด <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ขาดเหลือการงานไป <input type="checkbox"/> ดูแลคนไข้ <input type="checkbox"/> เป็นภาระต่อครัวเรือนกับผู้อื่นได้ <input type="checkbox"/> บ้านกำลังอยู่ในภาวะพิเศษ <input type="checkbox"/> ลืมๆ.....</p> <p>5. การรักษาตัวขณะนี้ <input type="checkbox"/> รับยาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> "ไม่รับยา <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>6. ปัญหาอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การซ่อนเหลือและนำ.....</p>
วันเดือนปีที่ถ่าย		<p>ผลการติดตาม</p> <p>1. การเก็บข้อมูลผู้ไวย <input type="checkbox"/> ผู้ประกันภัย <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ไม่ยอมกินยา</p> <p>2. อาการผู้ไวยทั่วไปขณะนี้ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตัวแข็ง 大致 ลิ้นแข็ง <input type="checkbox"/> มือสั่น ตัวสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>3. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยเครื่อง械ช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้</p> <p>4. ความสามารถในการประกอบอาหาร <input type="checkbox"/> ผู้ประกันภัย <input type="checkbox"/> ยอดคงเหลือเดือนที่แล้ว <input type="checkbox"/> ภารติตามกรอบด้าน <input type="checkbox"/> ขาดเหลือการงานไป <input type="checkbox"/> ดูแลคนไข้ <input type="checkbox"/> เป็นภาระต่อครัวเรือนกับผู้อื่นได้ <input type="checkbox"/> บ้านกำลังอยู่ในภาวะพิเศษ <input type="checkbox"/> ลืมๆ.....</p> <p>5. การรักษาตัวขณะนี้ <input type="checkbox"/> รับยาต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> "ไม่รับยา <input type="checkbox"/> "ไม่ส่งยา <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> ง่วงซึม นอนมากเกินไป <input type="checkbox"/> คอมเพรสส์หลังสำบาก <input type="checkbox"/> ลื่นๆ.....</p> <p>6. ปัญหาอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การซ่อนเหลือและนำ.....</p>

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

โปรดตอบตามความคิดเห็นของคุณ “ไม่ว่าจะเป็นด้านดี หรือ ด้านที่ต้องปรับปรุง เรายินดีรับฟังเส้นขอเสนอแนะจากทุกท่าน เพื่อปรับให้เข้มข้นในการปรับปรุงงานบริการ ของคุณทั้ง

กรุณาทำเครื่องหมาย O ตรงกับช่องที่เป็นคำตอบของคุณ และลงชื่อลงนามเพิ่มเติม

1. ท่านคิดว่าคุณภาพบริการที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร

- 1. ไม่ดี
- 2. ปานกลาง
- 3. ดี
- 4. ดีมาก

2. ท่านได้รับบริการตามความต้องการรวมทั้งเพียงใด

- 1. ได้รับความต้องการทุกหมวด
- 2. ได้รับปานกลาง
- 3. ได้รับน้อย
- 4. ไม่ได้รับเลย

3. การรักษาพยาบาลที่ท่านมา ตรวจรักษาระบบทองการของหัวหรือไม้

- 1. ไม่ตรงกับความต้องการเลย
- 2. ตรงเพียงบางส่วน
- 3. ตรงกับความต้องการทุกหมวด
- 4. ตรงกับความต้องการทุกหมวด

4. ถ้ามีเพื่อนหรือคนที่รู้จักมีอาการปวดท้อง ท่านจะแนะนำให้แมร์ริยาที่นี่หรือไม่

- 1. แนะนำอย่างแน่นอน
- 2. อาจจะแนะนำ
- 3. ไม่แน่ใจ
- 4. ไม่แนะนำแน่นอน

5. ท่านพอใจในการบริการจราจรคุณลักษณะการพึงดี

- 1. พอดีมาก
- 2. ส่วนใหญ่พอใจ
- 3. เจรจาหรือไม่พอใจมาก
- 4. ไม่พอใจ

6. ในการพรมห่านมอย่างในการรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือไม่

- 1. ไม่พอใจ
- 2. เจรจาหรือไม่พอใจมาก
- 3. ส่วนใหญ่พอใจ
- 4. พอดีมาก

7. ท่านคิดว่าจะกลับมารักษาที่นี่อีกหรือไม่

- 1. แนะนำ
- 2. อาจแนะนำ
- 3. ไม่แน่ใจ
- 4. ไม่แนะนำ

8. ชื่อเส้นขอแนะนำเพิ่มเติม

.....

สมาคมสายใยครอบครัว (Thai Family Link Association)

สมาคมสายใยครอบครัวก่อตั้งขึ้นโดยเชื่อว่า...

1. โรคทางจิตเวชเป็นโรคของสมองที่รักษาได้
2. ผู้คนจำนวนมากทุกช่วงวัยสามารถรักษาระยะยาว
3. ยาร์มกับการรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
4. การกีดกันแบ่งแยกเป็นสิ่งที่ผิดและต้องหยุดยั่งให้ได้
5. ชีวิตเป็นสิ่งที่ควรได้รับการเคารพ

สมาคมสายใยครอบครัว เป็นเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้อ่อน弱กับโรคจิตเวช ผ่านการให้ความรู้ การสนับสนุน และการเป็นปากเป็นเสียงแทน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของหั้งผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล สมาคมสายใยครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีอาสาสมัครจากกลุ่มนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และบุคคลทั่วไปร่วมกันขับเคลื่อนงานในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่

1. การอบรมหลักสูตรสายใยครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ/ผู้ดูแล หลักสูตรนี้พัฒนาขึ้นโดย ดร.มาศัล ชิว จากมหาวิทยาลัยแป๊บติสต์ ย่องงง ผู้มีความเชื่อว่า การศึกษาช่วยพัฒนาศักยภาพมนุษย์ให้รู้จักตนเองให้มีพลัง มีความสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ เขาเชื่อว่า พลังของผู้ด้อยโอกาส สามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นได้

การอบรมนี้ ให้โอกาสผู้อ่อน弱กับโรคจิตเวชได้เรียนรู้ และทำความเข้าใจในเรื่องโรค การลืมสาร ยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การดูแลตนเอง การหายป่วย และการมองปัญหาในมุมมองใหม่ของการต่อสู้เขานะปัญหา ทั้งในระดับบุคคลและสังคม การอบรมจัดติดต่อกันเก้าสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละสองชั่วโมงครึ่ง โดยสัปดาห์แรกเป็นการปฐมนิเทศ การอบรมโดยเฉลี่ยมีปีละ 3 รุ่น เริ่มอบรมให้ความรู้ตั้งแต่รุ่นที่ 1 เมื่อเดือนมีนาคม 2547

โดยแพทย์หญิงสมรักษ์ ชูวนิชวงศ์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลศรีรัตนญา และคณะ ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลวิชาชีพ อีก 3 คน จากโรงพยาบาลศรีรัตนญา ปัจจุบันมีผู้เข้าอบรมแล้ว 13 รุ่น (นับถึงเดือนกรกฎาคม 2551) รวมผู้จบหลักสูตรกว่า 500 คน อาสาสมัครวิทยากรในหลักสูตรขณะนี้เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสายไยครอบครัวและการ Train จากคณะกรรมการแพทย์รุ่นบุกเบิกเป็นระยะๆ เพื่อเตรียมตัวเป็นวิทยากร ส่วนบุคลากรทางแพทย์หน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้แก่อาสาสมัครในด้านต่าง ๆ แทน ทั้งนี้เพื่อ Empowerment ให้แก่ผู้อยู่กับโรคจิตเวช มีความสามารถในการพึ่งพาตัวเอง รวมทั้งสามารถดูแลกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

2. ศูนย์กิจกรรมสายไยครอบครัวเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชจัดตั้งขึ้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2548 ณ ตึกภายในพื้นที่ โรงพยาบาลศรีรัตนญา หัวหน้าศูนย์ฯ เป็นอาสาสมัคร ซึ่งเป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเวช กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น มีทั้งด้านการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ทางการศึกษา และทางอาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูหลายคนได้กลับไปเรียนต่อในสถาบันการศึกษาจนสำเร็จ หลายคนมีงานประจำและมีรายได้อย่างต่อเนื่อง

3. การรณรงค์ให้การศึกษาแก่ ผู้อยู่กับโรคจิตเวชเอง ผู้มีส่วนได้เสียและสาธารณชนทั่วไป เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช และทัศนคติที่ดีต่อผู้อยู่กับโรคจิตเวช เป็นการลดอคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเวช ผ่านกระบวนการศึกษา ได้แก่

3.1 การจัดทำโครงการประกวดภาพนิทรรศ์สั้นไม่น้ำ อะوار์ด (My Bar Award) โดยนักจัดทำภาพนิทรรศ์สั้นรุ่นใหม่ จำนวนกว่า 200 คน ได้มีโอกาสเรียนรู้ประสบการณ์ตรงกับผู้อยู่กับโรคจิตเวชทั้งผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และนักวิชาชีพสุขภาพจิต พร้อมที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สังคม และร่วมส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้อยู่กับโรคจิตเวชต่อไป

3.2 โครงการสามปีร่วมกัน ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีโอกาสพบผู้ป่วยมาก เช่น ตำรวจ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาครู เป็นต้น โดยมีทีมวิทยากรประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และนักวิชาชีพ

4. การเป็นปากเป็นเสียงเพื่อสิทธิ์ผู้อยู่กับโรคจิตเวชเพื่มในสานะ สมาคมคนหนี้ของสังคม กิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้วคือ

การแต่งตั้ง “คณะกรรมการเพื่อสิทธิ์ผู้อยู่กับโรคจิตเวช” งานแรกของคณะกรรมการฯ คือ การรวมพลังกับเครือข่ายองค์กรผู้อยู่กับโรคจิตเวชและนักวิชาการ เรียกร้องให้ประกันสังคมคุ้มครองผู้ป่วยโรคจิต เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2550 พร้อมกันนี้ได้ประกาศให้วันที่ 12 กุมภาพันธ์ เป็นวันสิทธิ์ผู้อยู่กับโรคจิตเวช

**ติดต่อ ศูนย์กิจกรรมสายใยครอบครัวเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช
ได้ที่ ตึกภายในพื้นที่ โรงพยาบาลศรีรัตนญา**

เรื่องเล่าจากสายใยครอบครัว: วาระแห่งการเรียนรู้ วาระแห่งการปฏิบัติ

โดย เครือวัลย์ เที่ยงธรรม

วาระแห่งการเรียนรู้

ฉันเข้ารับการอบรมหลักสูตรสายใยครอบครัวรุ่นที่ 3 จากเดิมที่เคยอ่านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ตนเป็นมาบ้าง ในการอบรมนี้ฉันได้รับความรู้อย่างเป็นระบบและลึกซึ้งเพียงพอที่จะเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา การได้ทราบว่าอาการต่างๆ เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เป็นความผิดปกติของสมอง ไม่ใช่ความอ่อนแอกองจิต หรือความชั่ววายของนิสัยใจคอ ซวยปลดปล่อยจากความรู้สึกผิดและความทุกข์ใจได้มาก ทั้งทำให้เต็มใจที่จะกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ฉันได้เรียนรู้ด้วยว่า ยาดีนั้นมีอยู่ และการให้การเบือกษาปกเป็นสิ่งจำเป็น การได้รู้วามีคนจำนวนมากเพียงได้รับผลกระทบจากโรคจิตเวช ทำให้ฉันรู้ว่าตนเองไม่ได้ทนทุกข์อยู่คนเดียว แต่โรคจิตเวชเป็นประเด็นทางสังคมที่ต้องได้รับความสนใจในทุกรอบดับของสังคม

การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารสองแบบคือการบอกเล่าของฉัน (I-Statement) กับการตอบสนองแบบสะท้อนกลับ (Reflective Response) ซวยให้ฉันสำรวจจากการสื่อสารของตนเอง เพื่อจะบอกว่าฉันรู้สึกอย่างไร ฉันต้องสำรวจและซึ่งใจก่อนว่าจริงๆ แล้วฉันรู้สึกอย่างไร เพื่อจะตอบสนองให้อีกฝ่ายรู้ว่าฉันเข้าใจความรู้สึกของเขา ฉันเรียนรู้ที่จะฟัง ไม่เพียงคำพูดแต่จับความรู้สึกของเขาด้วย ด้วยการกระทำเช่นนี้ ฉันตระหนักร่วมกับคนอื่น มีสิทธิที่จะรู้สึก และฉันก็ต้องเคารพสิทธิของผู้อื่นในเรื่องนี้เช่นกัน

สิ่งสำคัญยิ่งที่ฉันเรียนรู้ว่าคือสิทธิของผู้อยู่กับโรคจิตเวชและการเป็นปากเป็นเสียงของบุคคลกลุ่มนี้ซึ่งฉันเป็นส่วนหนึ่ง สิ่งนี้สำคัญยิ่ง เพราะสังคมไทยก็ไม่ต่างจากสังคมส่วนใหญ่ในโลก ที่โรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ก่อให้เกิดตราบาปอย่างรุนแรง ตราบาปเหล่านี้นำไปสู่การเลือกปฏิบัติ เป็นอุปสรรคของสำคัญต่อการหากความช่วยเหลือ ทั้งๆ ที่การรักษาอันมีประสิทธิผลมีอยู่ และทำให้ผู้อยู่กับโรคจิตเภทถูกรอนสิทธิในการเข้าถึงการรับสิทธิในฐานะพลเมืองอีกด้วย เยาวชนที่ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการศึกษา ผู้ป่วยในวัยทำงานไม่ได้รับการสนับสนุนในการทำงาน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ทำงานได้ ไม่ได้รับการดูแลจากกองทุนสุขภาพของประกันสังคม

วาระแห่งการปฏิบัติ

เมื่อจบหลักสูตรสายไขครอบครัวแล้ว ฉันเห็นความสำคัญของการส่งต่อสิ่งสำคัญที่ตนได้เรียนรู้ให้ผู้คนที่ยังสับสนและทุกข์ใจจากประสบการณ์กับโรคจิตเวช ฉันจึงสมัครเป็นวิทยากร และได้มีโอกาสได้มีส่วนในการสนับสนุนสมาคมชิกกอลุ่มตั้งแต่รุ่นที่ 4 จนถึงรุ่นที่ 10 ได้เห็นสมาคมชิกกอลุ่มพัฒนาความรู้ ทักษะ และทศนคติต่อโรค ต่อผู้ป่วย ต่อตนเองในช่วงเวลา 9 สัปดาห์ ซึ่งเข้าอบรมสัปดาห์ละครั้ง ได้เห็นคุณแม่เกิดพลังและความเข้าใจจนสามารถนำลูกชายที่เคยเป็นห่วงมากยิ่งมารับการรักษา

ฉันได้อาสาสอนภาษาอังกฤษให้ผู้ป่วยและญาติซึ่งมารับบริการที่ศูนย์กิจกรรมสายไขครอบครัว อยู่ประมาณ 2 ปี และได้มีส่วนในการสนับสนุนสมาคมในงานเอกสาร เช่น การช่วยแปลและเขียนโครงการเพื่อขอทุน และการส่งรายงาน ตลอดจนการติดต่อสื่อสารกับต่างประเทศ

เมื่อสมาคมสายไขครอบครัวโดยการนำของแพทย์หญิงสมรรักษ์ ชูวนิชวงศ์ เริ่มบุกเบิกงานเป็นปากเป็นเสียงเพื่อผู้อยู่กับโรคจิตเวช ฉันได้มี

ส่วนในภาระการประชุมปฏิบัติการ และต่อมาได้รับหน้าที่เป็นรองประธานคณะกรรมการเพื่อสิทธิผู้อยู่กับโรคจิตเวช มีส่วนในงานเรียกร้องสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคมของแรงงานที่ป่วยด้วยโรคจิต ร่วมรณรงค์ลดตราباءปั่นสื่อต่างๆ เช่นการเปลี่ยนเส้นทางสื่อชื่อ The Quiet Room: A Journey out of the Tourment of Madness ของ Lori Schiller เพื่อให้สามารถชนรู้และเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่ทนทุกข์ด้วยโรคจิตเวช ได้เป็นกรรมการตัดสินในโครงการประกวดภาพพยนตร์สั้น ไม่บ้า อะ瓦อร์ด (My Bar Award) และเป็นกรรมการโครงการสามประสานเพื่อจัดให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชแก่กลุ่มเสี่ยงกับกลุ่มที่มีโอกาสพบปะป่วยได้มาก

ฉันยังได้รับสิทธิพิเศษในฐานะผู้อยู่กับโรคจิตเวชให้เป็นกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ทำงานมาตั้งแต่ปี 2548 จนร่างกฎหมายได้ผ่านรัฐสภาและประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และโดยข้อบังคับของกฎหมายนี้ ฉันได้มีโอกาสได้รับการเสนอชื่อให้เป็นผู้แทนสมาคมสายใยครอบครัวเข้าไปรับการเลือกตั้งกันเองในหมู่องค์กรเอกชนที่ทำงานเพื่อผู้อยู่กับโรคจิตเวช ให้เป็นกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ มีภาระการทำงาน 3 ปี

สรุปบทเรียน

จริงอยู่บทเรียนกับงานที่ทำแสดงให้เห็นว่าฉันเดินมายาวไกลเพียงใด กับโรคจิตเวชในช่วงเวลา 12 ปีนี้ แต่สิ่งสำคัญที่สิ่งหนึ่งพอก็คือว่า บทเรียนนำไปสู่การปฏิบัติ และการปฏิบัติก็ส่งให้ต้องเรียนรู้ต่อไป Kavanaugh ระหว่างแห่งการเรียนรู้และภาระแห่งการปฏิบัติกลับกลายเป็นหนึ่งเดียว

นึกไม่ถึง...

ญาติผู้ป่วย

“น้องชาย ออยู่ฯ กีฬุงชุดพราหมณ์ เข้าออกห้องพระ ปิดห้องเก็บตัว พูดคนเดียว และมาบอกว่า สมเด็จโตให้ทำนุ่มนิ่ม ตอนแรกก็เชื่อน้อง คิดว่าในห้องคงนั่งสมาธิมาก อาจไปถึงได้ถูบานสามารถติดแล้ว และน้องก็มาบอกว่า จะไปบัวช ให้เตรียมของให้ครบ พอดีเข้ารุ่งขึ้นกับบ่อว่าไม่ไปแล้ว และก็มาบอกว่า นั่งตะโภนหน้าบ้าน เอาหัวใจพื้น บอกว่ามีคนสั่งมา ยมทูตจะมาเอาตัว ตัวเองไม่รู้ว่าในห้องเป็นอะไร เพราะเข้าจะมีอาการเปลกลา ตลอด มีการอาเจิน ไปโยนทิ้งในบ่อน้ำ มากๆเข้าก็เริ่มปืนรัวหนี ออกจากบ้าน ญาติฯ ไม่รู้จะทำอย่างไร จนมีเพื่อนบอกว่าในห้องชายเค้าก็มีอาการคล้ายๆ อย่างนี้ จึงแนะนำให้พาไปโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่ยอม อาการเริ่มมากขึ้นโดยเอกสารหัวใจพื้น ใจเลือดออก จึงต้องหลอกล่อและพาไปโรงพยาบาล ซึ่งน้องเด็กมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวัดระแรง เก็บตัว ไม่กินข้าว ไม่อาบน้ำ ครบทุกประเกท ซึ่งผู้ป่วยอายุ 40 ปี น่าจะเป็นตั้งแต่อายุ 20 ปีแล้ว แต่ญาติไม่ทราบ เขาเป็นคนทำทุกอย่างสุดโต่ง แต่คงสามารถควบคุมตัวเองได้ พ้ออายุ 38-39 ปีถึงได้หลุดไปเลย

“ก่อนเข้าบรมไม่เคยรู้ว่าในเป็นอาการของ โรคจิตเภท หลังจากอบรมแล้วทำให้มีความรู้มามากขึ้น ระลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และทราบถึงผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ทำให้คนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย และที่สำคัญ ช่วยให้เราสังเกตผู้ป่วยได้ว่า อาการจะกำเริบเมื่อไหร่ และพาไปโรงพยาบาลได้ทันท่วงที ซึ่งคุณแม่และน้องชายได้เข้าร่วมอบรมด้วย

“น้องได้เข้าศูนย์ 6 ครั้ง โดยใช้ตนตัวและวารูปบำบัด จนกลายเป็นคนอ่อนโยน ไม่ก้าวร้าว และปัจจุบันเขาย้ายแล้วสามารถกลับไปทำงานรับดูได้ดังเดิม กลับสู่สังคม จึงอย่างให้ Family link ขยายเข้าสู่ทุกๆ ชุมชน ไม่ใช่เฉพาะศรีรัฐญา ให้คนทั่วไปเข้าใจว่า จิตเภทคือโรคหนึ่ง เป็นโรคธรรมชาติรักษาหายได้ อย่างให้คนทุกคนรู้ถึงอาการของผู้ป่วย วิธีการสังเกต”

กรณีศึกษา : การวางแผนจ้างหน้ายผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี ตัวร่วนนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำลายของ เอาแต่ใจ เอกะอะเสียงดัง พูดคนเดียว ไม่นอน ทำลายของ เอาแต่ใจ เป็นมา กมา 5 วัน มาตราการล้าผู้ป่วยทำร้าย อย่างให้แพทย์รับผู้ป่วยไว้อยู่โรงพยาบาลนานๆ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 2 เดือนแรกรับประทานยาดี ช่วยเหลือทำงานบ้านได้

1 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยบอกว่าหายแล้ว เริ่มรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ออกนอกบ้าน ไปดื่มเหล้า สูบบุหรี่จัด เวลาามารดาห้ามปราบจะหงุดหงิด ไวยวาย

2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยไม่สนใจช่วยงาน รับเร้าขอเงินมาครบอย ครั้งถ้าไม่ให้จะกรอด ก้าวร้าว เสียงดัง ออกนอกบ้านไปดื่มสุรา มีอาการระวงคนอื่นเคยจ้องจับผิดตน

5 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ไม่นอน อาละวาด ทำลายของ หาดระวังไม่ยอมให้ใครเข้าใกล้ มาตราต้องให้ตรวจช่วยพาส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยป่วยจิตมานานประมาณ 15 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีษฐ์ภูมิภาคลดอด เดยเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง ปืนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 3

ประวัติครอบครัว บิดาผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเมื่ออายุ 77 ปี เดิมบิดาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและพ่อผู้ป่วยมารับการรักษา หลังจากบิดาเสียชีวิตมาตราเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อ ปัจจุบันมาตราอายุ 78 ปี ผู้ป่วยมีน้องชาย 1 คน แยกไปอยู่กับครอบครัว ทุกครั้งที่มาตราพาผู้ป่วยมาพบแพทย์จะมาพักอยู่กับ

น่องชาญ ระยะหลังผู้ป่วยมักมีปากเสียงกับน่องสะโพกเสมอ ทำให้น่องสะโพกไม่พอใจ

ประวัติการใช้สารสเปติด เคยใช้ยาบ้า เมื่อตอนอายุ 18 ปี วันละ 1-2 เม็ด เลิกมาประมาณ 7 ปี ดื้มสุราในช่วงข้าดยา และสูบบุหรี่วันละ 1-2 ซอง ตั้งแต่วัยรุ่น

ประวัติโรคทางกาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

วันที่ 1 ของการรักษา

แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทผู้ป่วยได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับและให้การดูแลตามแผนการรักษาแพทย์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรก เพื่อให้เข้าใจว่า โรคจิตเภทเป็นอย่างไร เป็นโรคทางสมอง ขาดยาไม่ได้ ต้องรับประทานยา ต้องระวังไม่ให้อ่อนนอน ไม่ดื้มสุราและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดูโทรทัศน์ต่อๆ กัน หรือทำกิจกรรมใดๆ จนทำให่นอนดึก ควบคุมปริมาณบุหรี่ที่สูบด้วย และต้องบอกซ้ำๆ สอนซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย จนความจำผู้ป่วยเปลี่ยนจาก short term ไปเป็น long term memory เนื่องจากโรคจิตเภทมีกลไกไม่แตกต่างจากโรคสมองเดื่อม จึงทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้อะไรใหม่ๆ ไม่ค่อยได้และลืมง่าย

ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการ หงุดหงิด สงสัยงวยวาย พูดคนเดียว ตาขาว ไม่เป็นมิตร ปฏิเสธการอยู่ในพยาบาล ไม่ร่วมมือในการรักษา มีประวัติขาดยา ระหว่างคนอื่น มีความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการตรวจสัญญาณชีพ พบรความดันโลหิตสูง ได้ยาควบคุมความดันโลหิต โภชนากรจัดอาหารเฉพาะโรคให้ ในวันแรกต้องให้ยาฉีด PRN และจำกัดพฤติกรรมไว้ชั่วคราวเพื่อควบคุมอาการทางจิต

ด้านครอบครัว จากการพูดคุยกับมารดาและประเมินความพร้อมของญาติในการดูแล พบว่า มารดาชี้สีกอกลัวผู้ป่วย อยากรู้ให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาและอยู่นานๆ กังวลเรื่องการรับผู้ป่วยกลับบ้านไม่อยากรับผู้ป่วยกลับ เพราะดูแลไม่ไหว ทุกครั้งที่ผู้ป่วยกลับบ้านไม่เคยมีใครดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา เมื่อมีอาการจะพามาโรงพยาบาล ให้ข้อมูลมารดามาเยี่ยมสปดาห์ละ 1 ครั้ง และข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพื่อให้มารดาลดความกังวล ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อการดูแลให้การช่วยเหลือญาติ

ด้านชุมชน ประวัติจากญาติเล่าว่า ผู้ป่วยไปอาศัยในชุมชน จะทำร้ายคนอื่นเวลาเมื่ออาการกำเริบซึ่งขณะนี้ชาวบ้านชี้สีกอกลัวผู้ป่วยมาก เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจึงประสานงานพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อวางแผนให้คนช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ชุมชน

สปดาห์ที่ 1

ต้นสปดาห์ผู้ป่วยยังดูหน้าตามกุญแจ หงุดหงิดง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะโวยวาย เสียงดัง ไม่มีสมาธิ ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยเฝ้าระวังตามมาตรฐาน SAFE Precaution กระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ปลายสปดาห์อาการจิตสงบลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มในเรื่องโรค การรักษา มารดาเยี่ยมผู้ป่วยจะดูดูวด การควบคุมอาการของผู้ป่วยยังไม่ดี พูดเสียงดัง ก้าวร้าวกับคนอื่นๆ ไม่พอใจที่พามาโรงพยาบาล พยาบาลรายงานอาการต่างๆ ให้แพทย์ทราบ 医師ที่ประเมินตามอาการปรับการรักษาให้ใหม่ ซึ่งเป็นยกกลุ่มที่มีอาการซ้ำๆ เดิมที่ไม่พึงประสงค์ได้รับการประเมินการเฝ้าระวังการใช้ยาร่วมกับเภสัช จากการประเมินญาติของนักสังคมสงเคราะห์พบปัญหา มารดาเมื่ออายุมาก กังวล

เรื่องผู้ป่วยจะไม่มีคนดูแลต่อ เพราะตอนของอายุมากแล้ว จึงให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการบำบัดรักษาของแพทย์ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การใช้แหล่งช่วยเหลือในชุมชน พยาบาลจิตเวชชุมชนประสานโรงพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในการรับยาตามแผนการรักษาใหม่

สัปดาห์ที่ 2 - 4

ผู้ป่วยอาการทางจิตสบ ตอบสนองต่อการใช้ยาดี ให้ความร่วมมือมากขึ้นจากการประเมินพบว่า มีปัญหาสำคัญที่ทำให้เข้ารับการรักษาซ้ำ เรื่องการขาดยา จำเป็นต้องให้ความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ : การใช้สารเสพติด การฝึกทักษะที่ผู้ป่วยบกพร่อง ทั้งการสื่อสาร ทักษะทางสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม โดยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่างๆ ของนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักจิตวิทยา มีการเตรียมผู้ป่วยในการจัดยา_rับประทานด้วยตนเอง การเตรียมความพร้อมญาติ ในระยะแรกเตรียม Mara ผู้ป่วยทั้งความรู้ ทัศนคติ ต่อมาเตรียมน้องชายให้มีความรู้และทัศนคติต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5

ผู้ป่วยช่วยเหลืองานเล็กน้อยได้ ได้รับการฝึกทักษะต่างๆ จากนักอาชีวบำบัดขณะที่อยู่ตึกสามารถจัดยา_rับประทานเองมาโดยมีพูดคุยดีรู้จักการรอคอย ไม่รบเร้าเรื่องกลับบ้าน สนใจในเรื่องรอบตัว น้องชายมาเยี่ยมพูดคุยกันดี ปัญหาที่หลงเหลือ คือ โรงพยาบาลตามสิทธิ์ไม่มียาที่ผู้ป่วยรับประทาน จำเป็นต้องมา_rับยาต่อที่นี่ เพื่อจะเดลีดและรับยาต่อ จึงต้องฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน : การเดินทาง การใช้เงินและเพิ่มเติมทักษะทางอาชีพที่ตรงกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อไม่เป็นปัญหาในการดูแล

ผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยและญาติพร้อมใจจะนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

เดือนที่ 1 หลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับมารดา ช่วยเหลือ
งานมารดา เมื่อถึงกำหนดมาตรวัดมาพร้อมมารดา มาพักอยู่กับน้องชาย
ไม่เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับน้องสะใภ้ มารดาได้เล่าอาการผู้ป่วยอย่าง
ภูมิใจว่า ตนเองได้ดูแลอย่างดี นึกไม่ถึงว่าจะมีวันนี้

เดือนที่ 2 หลังการจำหน่ายมาป่วยไม่สามารถพาผู้ป่วยมารับ
ยาได้ ผู้ป่วยเดินทางมาตัวเองและมาพักกับน้องชาย น้องชายจึงพา
ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับยาต่อ

เดือนที่ 3 หลังจำหน่ายผู้ป่วยเดินทางมาเอง ผู้ป่วยมาพบพยาบาล
ด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม ทักษะดี บอกว่าเดี๋ยวนี้มารดาไว้ใจให้อัญเชิญคนเดียว
 เพราะมารดาไปค้างที่วัดทุกวันพระ ตนเองต้องทำงานแทนและดูแลบ้าน
 มารดาแก่กันมากแล้ว มาค้างกับน้องชายหลายคื่นแล้ว และน้องสะใภ้ยังชวน
 ให้ค้างต่อ เพราะจะทำบุญบ้าน

ผู้ป่วยรายนี้มารับยาต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมจนครบ 1 ปี ไม่กลับ
 มากกว่าชาช้า

กีฬาและกิจกรรมที่ดำเนินการรับปีใหม่ ประจำปี พ.ศ. 2551

เรื่อง การวางแผนจัดทำงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2551

ที่ปรึกษา

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทริคชีระ เพ็งจันทร์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 2. นายเกียรติภูมิ วงศ์รัตน์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสุขุมวิท |
| 3. ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผศ.ดร.รุ่งนภา ผานิตรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

คณะกรรมการสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551

- | | | |
|--------------------|------------------|------------------------|
| 1. นายไพบูลย์ | สมควรสินธุ์ | นายแพทริค 9 วช. |
| 2. นายสมชาย | ตันศิริสิทธิ์กุล | นายแพทริค 7 วช. |
| 3. นางสาวนฤมล | จินตพัฒนา กิจ | นายแพทริค 6 |
| 4. นายอภิชาติ | จริยาริสาศ | นายแพทริค 5 |
| 5. นางสุจิมนา | พรหมประดิษฐ์ | ทันตแพทย์ 8 วช. |
| 6. นางมลิวรรณ์ | บุญสอน | พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. |
| 7. นางเพลินพิศ | จันทร์ศักดิ์ | นักสังคมสงเคราะห์ 8 ว. |
| 8. นางสาวทัยรัตน์ | เอื้อสามาลัย | นักสังคมสงเคราะห์ 8 ว. |
| 9. นางนฤมล | นาคเรือง | พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. |
| 10. นางสาวภา | สรันพกุล | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 11. นางนงนุช | แต่งสิงห์ตวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 12. นางสุนีย์ | เอกวัฒนพันธุ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 13. นางสาวปราณนา | มั่งมูล | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 14. นางสาวรุ่งทิวา | เกิดแสง | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 15. นางสกาวรัตน์ | พวงลักษดา | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 16. นางวรรณภา | พลอยเกลี้ยง | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 17. นางนิภา | ชาญสุวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |

18. นางนิภา	ยิ่มเพื่อง	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
19. นางสาวศิริลักษณ์	สว่างวงศ์สิน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
20. นางสุคนธ์	ชุมชื่น	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
21. นางศุภกานติ์	พลไพรินทร์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
22. นางสาวชยาภรณ์	ผ่องแผ้ว	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
23. นางชุมพูนุช	คุ้มสัม	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
24. นางสาววีรี	แดงประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
25. นางจิราพร	เกษรสรวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
26. นางสาวกัททวรรณน์	ฐิติชนัญวรัตน์	นักจิตวิทยา 4
27. นางสาวชนิกรดา	ไทยสังคม	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
28. นางสาวนันทา	แก้วสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
29. นางบังอร	จิตรังษี	บรรณาธิการ 7
30. นายจักรกฤษณ์	รอดไม้	เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 6
31. นางสาวจางกล	ศรีรังสรรค์	เภสัชกร 5
32. นางสาวจากรุวรรณ	จินดามงคล	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
33. นางมาลินี	ชื่นชอบ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

โรงพยาบาลศรีอัญญา

34. นางสาวอุ่น	พยุงธรรม	พยาบาลวิชาชีพ 9 วช.
35. นางละเอี้ยด	ปานนาค	พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
36. นางผ่อง	อนันตรียเวช	พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
37. นางชนิสรา	มุขสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
38. นางสาวจันทร์	ปีสุนศรี	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
39. นางกฤษณา	อยุศิริ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
40. นางศิริพร	นันทเสนีร์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
41. นางสาวสุนันท์	งามพรชัย	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
42. นายชนิษฐ์	วรรณยนกานต์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
43. นางจันทร์จิรา	นิคมประศาสน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
44. นางศิรภัสสร	ลิมปิติเกียรติ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

45. นางสาวจิราภรณ์	ดีประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
46. นางสาลินี	สันทัดการ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
47. นางนุชนาณ	ขัยเจริญ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
48. นางนุชนภา	ทองลังษ์สุข	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

สถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

49. นางรื่นฤทธิ์	ลิ้มนาย	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
50. นางสาววัฒนา	ใจงน้อย	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
51. นางพยากรณ์	นราฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

สถานบันกัลยาน์ราชนคrinทร์

52. นางดวงจันทร์	บัวคลี่	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
53. นางสาวสำราญ	บุญรักษา	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
54. นางสาวอรพรวน	เสนางะ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
55. นางสาวอินทิรา	อะตะมะ	นักอาชีวบำบัด 6

โรงพยาบาลสวนปรง

56. นางแวงดาว	วงศ์สุรประกิต	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
57. นางสาวมุริน	คำงศ์ปีน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนคrinทร์

58. นางปั่นมา	ยิ่งยมสาร	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
59. นางสาวปั่นมา	สมใจ	พยาบาลวิชาชีพ 6

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

60. นางพิกุล	เจริญสกุลทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
61. นางสาวสุดารัตน์	พุฒิพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
62. นางสิรินาฏ	รัชฎามาศ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

- | | | |
|-------------------|------------|---------------------|
| 63. นางสาวสวัสดิ์ | เที่ยงธรรม | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 64. นางสาวปราณีต | ชุมพุทรา | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

- | | | |
|----------------|--------------|---------------------|
| 65. นายพรดุสิต | คำมีสีเนนท์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 66. นายวิรุช | สุดจันทร์ยาม | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

- | | | |
|--------------------|--------------|---------------------|
| 67. นางสาวเกษาสุดา | กิญญาพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 68. นางสาวมณีวรรณ | ศุภวรรณพิบูล | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 69. นางดวงใจ | ผลรวม | พยาบาลวิชาชีพ 6 |

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

- | | | |
|-------------------|------------|-----------------|
| 70. นางสาวสุพิศา | พรหมแก้ว | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 71. นางสาวสุรีมาศ | เทียมสิงหา | พยาบาลวิชาชีพ 5 |

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

- | | | |
|-------------------|-------------|---------------------|
| 72. นางสาวผ่องศรี | เหล่าทะนนท์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 73. นางสาวเบญญา | นิมนวล | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- | | | |
|----------------|---------|---------------------|
| 74. นางนพรัตน์ | ไชยคำนิ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 75. นางนิฤมล | ເຝືອດຈ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

- | | | |
|-------------------|------------------|---------------------|
| 76. นางสาวภททิรา | บัวจันทร์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 77. นางจุฑา | พัฒนานิจันรันดร์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. |
| 78. นางสาวกานกรรณ | บุญเสริม | พยาบาลวิชาชีพ 6 |



ชุดความรู้สู่ยุทธศาสตร์มาตรฐาน

“จิตเกท” สำหรับนักวิชาการ “D/C plan”

เพิ่มทักษะความรู้สู่ผลลัพธ์

ช่วยผู้ป่วยครอบครัวทั่วชุมชน

กรมสุขภาพจิตปรับปรุงงานด้านวางแผน

ผู้ดูแลร่วมวางแผนสู่ชุมชน

กุศลเกิดໂโรคจิตหายยาหยุด

บุคลากรอุทิศตนพัฒนา

เสาวภา สารานพกุล

โรงพยาบาลศรีชลญา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติwanนท์ อําเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2525-0981-5

<http://www.dmh.go.th>

<http://mhtech.dmh.moph.go.th/km1>

ISBN 978-974-422-401-9