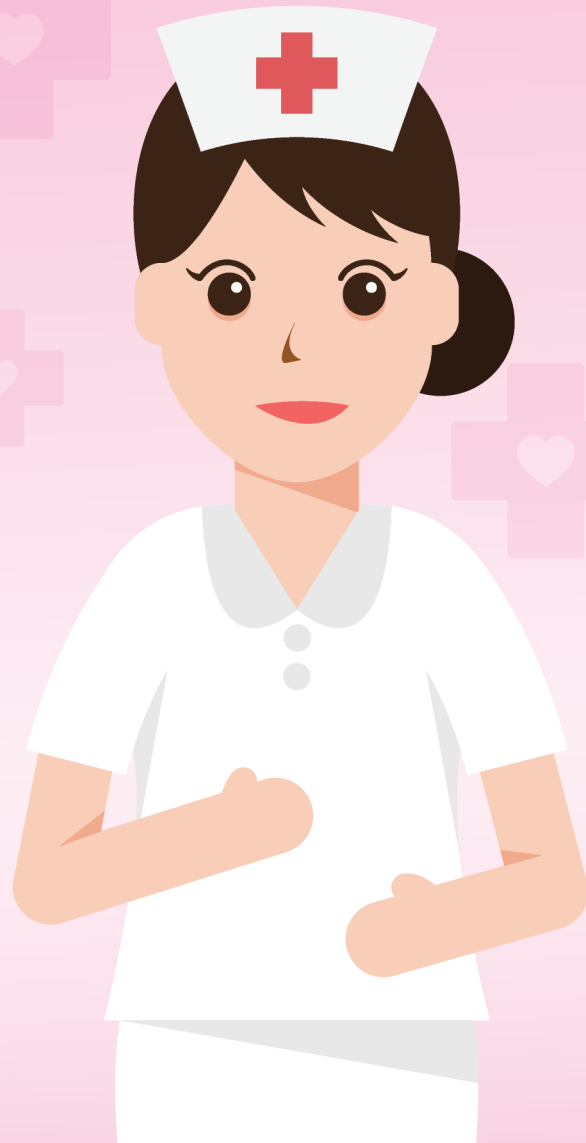




คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข



สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

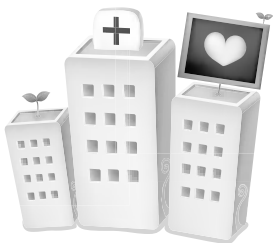
กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ : คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)

บรรณาธิการ : นางสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี
นางสาวอนงค์นุช ศาโศรก
นางสาวธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์
นางสาวชურიภรณ์ เสี่ยงล้ำ
นายวีร์ เมฆวิสัย

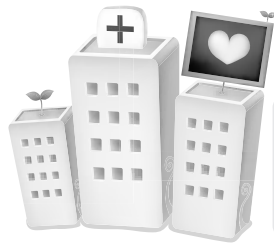
จัดพิมพ์โดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2559 จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 : กันยายน 2560 จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท วิศทอเรียอิมเมจ จำกัด

ISBN : 978-616-11-3122-7



คำนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต มีเพียงร้อยละ 61 และ 64.87 ยิ่งไปกว่านั้น การเข้าถึงบริการจิตเวชเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการให้บริการสุขภาพจิตมากขึ้น มียาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 45 แพทย์และพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขมีความต้องการคู่มือทางวิชาการที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย สั้น กระชับ เพื่อการวินิจฉัย ดูแล และช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต โดยสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่มีเนื้อหากระชับ ง่าย และมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมุ่งหวังให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เนื้อหาประกอบด้วย แนวทางการวินิจฉัย การรักษาด้วยยา และจิตสังคมบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปและการใช้เป็นเครื่องมือประเมินปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยการระดมความคิดและประสบการณ์จากคณะผู้พัฒนา ตลอดจนการรวบรวมและสังเคราะห์ความรู้จากตำราวิชาการต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จากคณะผู้เชี่ยวชาญหลากหลายหน่วยงานทั้งภายในกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย

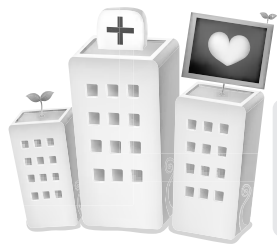
กรมสุขภาพจิตจึงขอขอบคุณในความร่วมมือนาน โอกาสนี้ อนึ่งคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

น.ต. 

(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต





สารบัญ

หน้า

ข้อเสนอแนะการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)	1
กรอบการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข	2
บทที่ 1 บทนำ	3
1.1 ระบาดวิทยาและความสำคัญของโรคจิตเภท	3
1.2 อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท	4
1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท	5
บทที่ 2 การประเมินทางการพยาบาล	7
2.1 การสัมภาษณ์/ซักประวัติ เพื่อประเมินอาการ	7
2.2 การตรวจสภาพจิตเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	8
2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อ	10
2.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	11
2.5 การใช้แบบประเมินเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท	12
บทที่ 3 การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท	15
3.1 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological)	15
3.2 การบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention)	16
บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	21
4.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Acute	22
4.1.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	22
4.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	25
4.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุรา	28
4.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช	32
4.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Stabilization และ Maintenance	33
4.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Stabilization	34
4.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Maintenance	34
4.3 การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท	36
4.3.1 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	36
4.3.2 การประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม	37
4.3.3 กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	37
4.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวข้องปัญหาทางกฎหมาย	40

บทที่ 5	การพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	41
5.1	การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน	41
5.2	บทบาทพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care)	44
5.3	การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery Model)	50
เอกสารอ้างอิง		52



สารบัญแนกภูมิ

แผนภูมิที่

1.	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	6
2.	อาการของโรคจิตเภท (Symptoms of Schizophrenia)	22
3.	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะอาการสงบ (Stabilization phase and Maintenance phase)	34
4.	การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท	35
5.	เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน	41
6.	การติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน	43
7.	แนวทางดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในชุมชน	45



สารบัญตาราง

ตารางที่

1.	หัวข้อที่ใช้สัมภาษณ์ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย	7
2.	การตรวจสภาพจิต	9
3.	ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช	10
4.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค	11
5.	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	12
6.	การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง Schizophrenia, Depression และ Delirium	14
7.	รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคจิตเภท	17
8.	แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	23
9.	แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)	26

10. แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)	29
11. แบบประเมิน The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)	30
12. การพยาบาลสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามระดับการประเมินอาการถอนพิษสุรา	31
13. แนวทางการให้คำแนะนำการจัดการเบื้องต้นผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช	32
14. บทบาทหน้าที่ของบุคลากรตามแบบติดตามเยี่ยมในชุมชน	47
15. แนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมในชุมชน	49

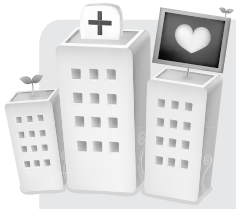


สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวกที่

1. กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข	56
2. การวินิจฉัยโรคจิตเภท	57
3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท	58
4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)	59
5. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	60
6. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)	61
7. แบบประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression : OAS)	62
8. แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา AWS	64
9. แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่อง CIWA - Ar	65
10. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย	66
11. แบบประเมินความพิการทางจิต กรมสุขภาพจิต	69
12. แบบประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF	71
13. แบบประเมินอาการเตือน	83
14. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Basic ADL)	84
15. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษตามระดับความรุนแรงของผลข้างเคียง	93
16. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	96





ข้อเสนอแนะการใช้คู่มือ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)

ในระยะแรก ถ้าท่านใช้คู่มือฯ เล่มนี้ให้ถูกต้องตามคำแนะนำ ท่านจะได้รู้เรื่องโรคจิตเภทและความชำนาญในการใช้คู่มือฯ แบบสะสมที่เพิ่มพูนขึ้นเรื่อยๆ จากเดิมที่ท่านต้องพึ่งพาแนวทางฯ เกือบ 100% เป็นการพิจารณาเพียงแผนภูมิ ท่านจะเข้าใจแนวปฏิบัติเล่มนี้ได้ทั้งหมด

คู่มือฯ เล่มนี้ เหมือนแผนที่หรือคู่มือการเดินทาง เป้าหมายหลัก คือ การประเมินและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ถูกต้อง เหมือนการใช้แผนที่ เมื่อหลงทางหรือติดขัด ณ จุดใดก็เปิดดูรายละเอียดศึกษาข้อมูล ณ จุดนั้น อาจเป็นตารางภาคผนวก รวมทั้งเอกสารท้ายเล่ม เช่น คำจำกัดความของโรคจิตเภท ศัพท์เฉพาะ เช่น prodromal state, acute phase, stabilization phase, maintenance phase, delusions, unusual thought content, hallucinatory behavior, Blunted affect, conceptual disorganization/ และเอกสารอ้างอิง สำหรับการค้นคว้าที่ลึกลงไปในเรื่องนั้นๆ

คู่มือฯ มีโครงสร้างหลัก 4 ส่วน ได้แก่

- 1) การประเมินทางการแพทย์ (แผนภูมิที่ 1 และแผนภูมิที่ 2)
- 2) การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท (ภาคผนวกที่ 2 และ 3)
- 3) การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท (แผนภูมิที่ 3 และ 4)
- 4) การพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (แผนภูมิที่ 5 และแผนภูมิที่ 6-7)

เป็นแผนแม่บท แต่ละแผนภูมิจะมีแนวทางการปฏิบัติหลายขั้นตอนพร้อมด้วยตารางประกอบ และภาคผนวกเพื่อความกระจ่างชัด เมื่อขัดข้องหรือมีปัญหา

ขั้นตอนที่แนะนำ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาโครงสร้างของคู่มือฯ เล่มนี้ โดยเปิดดูตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย พิจารณาเนื้อหา เอกสารในภาพรวมทั้งเล่มว่ามีเรื่องอะไรและอยู่ที่ใดบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแผนภูมิหลักที่ 1-7 และภาคผนวก 2 และ 3 ให้เข้าใจ เพราะเป็นทั้งแม่บทและตัวกำกับเนื้อหา เมื่อเข้าใจแผนภูมิชัดเจนดีแล้วจะทำให้เข้าใจเนื้อหาทั้งเล่มได้ง่ายขึ้น

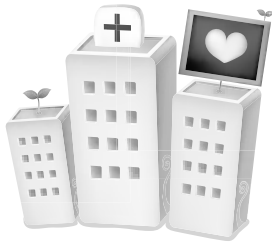
ขั้นตอนที่ 3 ถ้าต้องการทราบรายละเอียดแบบเจาะลึกให้ไปเปิดรายละเอียดในบทที่ 1-5 และภาคผนวกประกอบการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อใช้คู่มือฯ ฉบับนี้บ่อยๆ และในที่สุดอาจปฏิบัติโดยไม่ต้องใช้แผนภูมิเหล่านี้เลย

กรอบการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข

ระดับระบบบริการ	สถานบริการสาธารณสุข
ระดับบริการระดับปฐมภูมิ	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองที่มีแพทย์ปฏิบัติเป็นประจำ
ระดับบริการระดับทุติยภูมิ	1. โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 2. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 3. โรงพยาบาลชุมชน (F2) 4. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 5. โรงพยาบาลชุมชนสร้างใหม่
ระดับบริการระดับตติยภูมิ	1. โรงพยาบาลศูนย์ (A) 2. โรงพยาบาลทั่วไป ระดับจังหวัด (S) 3. โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก (M1)

หมายเหตุ : อ้างอิง คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 209/2555 เรื่อง การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ
สำนักงานบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ 2555



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ระบาดวิทยาและความสำคัญของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31¹ และการสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17² การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จากการศึกษาของ Thara R. ในประเทศอินเดีย พบรูปแบบการดำเนินโรค 4 แบบ รูปแบบแรกเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย พบร้อยละ 8 รูปแบบที่สองคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติเหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 39 รูปแบบที่สามคือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 44 และรูปแบบที่สี่คือเป็นครั้งเดียว ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 8³

โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท⁴ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี⁵

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือ ขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง แม้ว่าจะได้รับการรักษา ก็พบว่าหลังจาก 18 สัปดาห์ผ่านไปมีแค่เพียงร้อยละ 26⁶ เท่านั้น ที่สามารถกินยาครบที่พบอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี มีถึงร้อยละ 30⁷ ดังนั้นหากผู้รักษาสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมและเปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของชาติ ส่วนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังและมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตควรมีการออกเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการทางจิตจะช่วยเพิ่มโอกาสในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

1.2 อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย

1) อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

1. อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น
2. อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย
3. การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่ห้วนข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น
4. พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น
5. พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

2) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

1. อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉื่อยเมย
2. ความคิดอ่านและการพูดลดลง
3. ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ
4. ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

1. ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง
2. ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง
3. ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือ ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision: ICD-10) และของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th ed.: DSM-5)

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10⁸

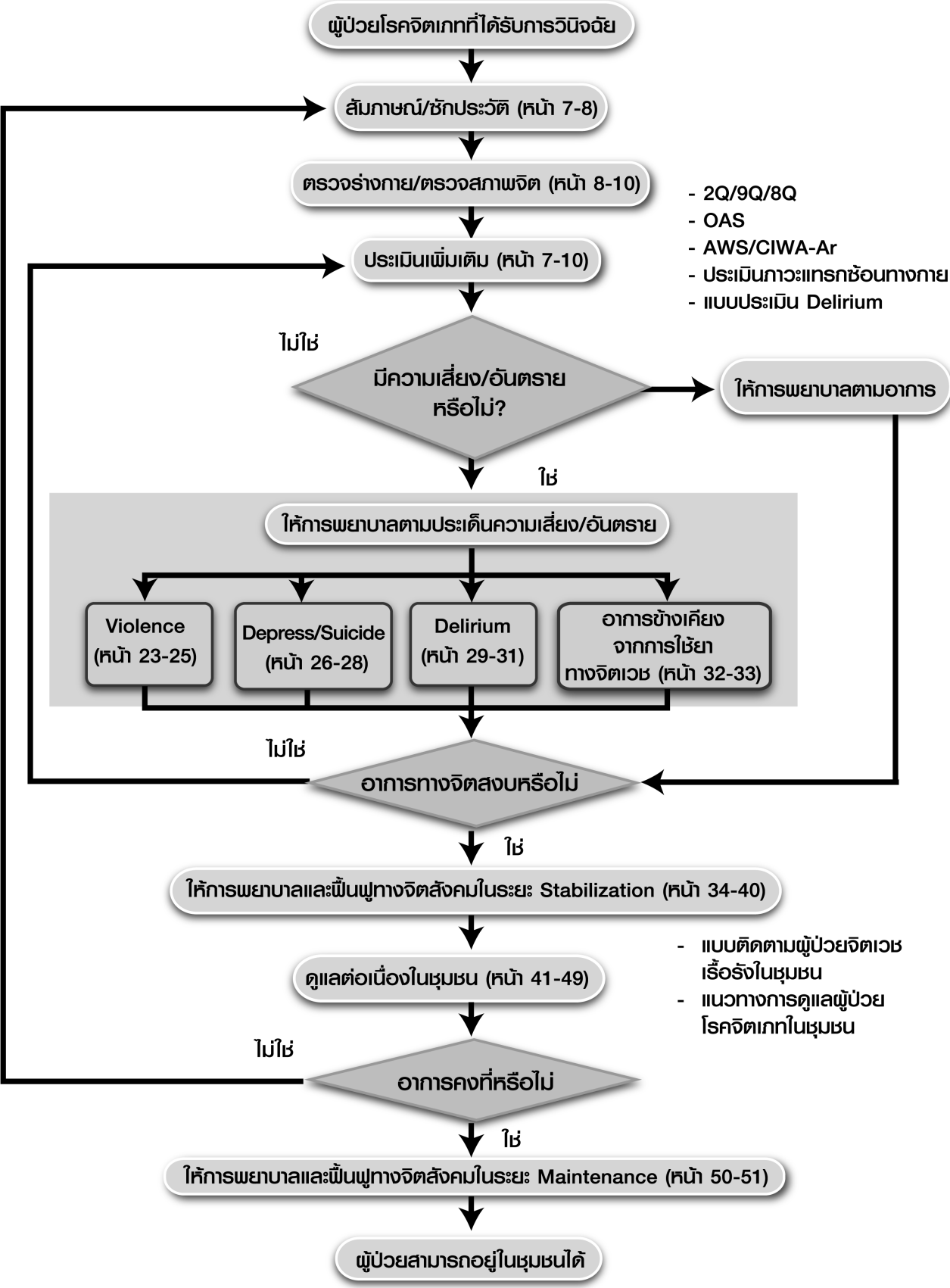
โรคจิตเภท มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญามักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียด้านการรู้คิดจะค่อยๆ ปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความคิดแพร่กระจาย การหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุม หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย มีความคิดที่ผิดปกติและมีอาการด้านลบ

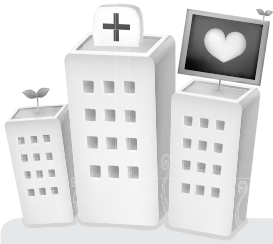
การดำเนินโรคของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆแล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์แบบอารมณ์เศร้ามากหรือ mania ยกเว้นทราบชัดเจนว่า อาการทางอารมณ์เกิดภายหลังอาการของโรคจิตเภท และจะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการทางสมองชัดเจน หรือเกิดจากภาวะเป็นพิษจากยาหรือภาวะถอนยา และต้องไม่เกิดจากโรคลมชัก หรือโรคอื่นทางสมอง

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5⁹

- A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ
 - (1) อาการหลงผิด
 - (2) อาการประสาทหลอน
 - (3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะที่หัวข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)
 - (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior)
 - (5) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น
- B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน
- C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มีอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)
- D. ต้องแยก โรคจิตอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วออก
- E. ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก
- F. ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิซึมติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ร่วมด้วย

แผนภูมิที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท





บทที่ 2

การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

2.1 การสัมภาษณ์/ซักประวัติเพื่อประเมินอาการ^{10, 11}

การสัมภาษณ์/ซักประวัติเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดโดยตรง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการผิดปกติหรือไม่ และความรุนแรงอยู่ในระยะใด โดยเฉพาะการรวบรวมข้อมูลความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ การสื่อสาร การตัดสินใจ ความจำ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีหัวข้อดังต่อไปนี้ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 หัวข้อที่ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย

หัวข้อสัมภาษณ์	ประเด็นในการสัมภาษณ์
1. อาการสำคัญ (chief complain)	● ผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ จะพบกลุ่มอาการด้านบวก ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การแสดงพฤติกรรม เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ● ด้านลบ แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ เฉยเมย ไม่พูด แยกตัว สัมพันธภาพไม่ดี ขาดความกระตือรือร้น สมาธิแย่ง การตอบสนองบกพร่อง การคิดไม่เป็นเหตุเป็นผล ● อาการสำคัญต้องแยกจากภาวะ Delirium ที่มีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ● เพื่อ สืบสนเรื่อง เวลา สถานที่ บุคคล ● มีอาการเปลี่ยนแปลง ขึ้นๆ ลงๆ ในระยะกำเริบ ● ถ้าพบว่ามีประวัติการใช้สุรา ใช้แบบประเมิน AWS หรือ CIWA-Ar

หัวข้อสัมภาษณ์	ประเด็นในการสัมภาษณ์
2. ลักษณะการดำเนินโรค (course) และระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration)	● ถ้าระยะการดำเนินโรคเร็ว (วันหรือสัปดาห์) ให้นึกถึงโรคทางกายหรือการใช้สารเสพติด ● ถ้าตรวจพบ disorientation, clouding of consciousness, cognitive impairment, vital signs ผิดปกติ, focal neurological signs ต้องคำนึงถึง organic causes ● ระยะเวลาที่ป่วย ถ้ามีอาการ > 1 วัน แต่ < 1 เดือน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Brief Psychotic Disorder หรือ ถ้ามีอาการ > 1 เดือน < 6 เดือน วินิจฉัยว่าเป็น Schizophreniform Disorder หรือ ถ้ามีอาการ ≥ 6 เดือน วินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia
3. ประวัติในครอบครัวและการเจ็บป่วยทางกายทางจิต	● ครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยทางกาย/ทางจิต ● ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย/อุบัติเหตุ
4. ประวัติการใช้ยา (drug) และสารเสพติด	● การใช้ยา เช่น ยาลดความอ้วน ยา/เครื่องดื่มกระตุ้นระบบประสาทต่างๆ หรือสารเสพติด ชนิดของยา/สารเสพติด ความถี่ ปริมาณ ระยะเวลาที่ใช้ ระยะเวลาที่หยุดใช้ (ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดจะทำให้ brain reward circuitry ทำงานผิดปกติให้มีระดับ dopamine และ norepinephrine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการทางจิตและอาการเกิดเป็นซ้ำ)
5. ความผิดปกติของ Activity of Daily Living (ADL)	● ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หน้าที่/งานประจำ การเรียน การสื่อสาร การผ่อนคลายและการปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน (ผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านลบที่พฤติกรรมค่อยๆ เป็นขาดความกระตือรือร้น สัมพันธภาพบกพร่อง ตั้งแต่ระยะแรกของโรค ไม่สนใจตัวเอง ไม่แปรงฟัน)

2.2 การตรวจสภาพจิตเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท¹¹

นอกจากการสัมภาษณ์/ซักประวัติ ตรวจร่างกายแล้ว การตรวจสภาพจิตก็เป็นสิ่งสำคัญและเป็นการช่วยประเมินหรือวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงตามประเด็นปัญหา นอกจากนี้ ยังเป็นข้อมูลที่ใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและยังสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายในการยืนยันสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเมื่อเกิดคดีได้ ซึ่งการตรวจสภาพจิตตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจสภาพจิต

การประเมิน	แนวทางประเมิน/สัมภาษณ์
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (general appearance)	สรุปลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยเมื่อแรกพบ เช่น ความรู้สึกตัว ลักษณะรูปร่าง หน้าตา ท่าทาง การแต่งกาย การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ความสะอาด ความเรียบร้อย บาดแผล ผิวหนังพุพอง พฤติกรรมที่สังเกตได้ชัด ความพิการทางกาย การเคลื่อนไหว การใช้สายตา ฯลฯ
อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect)	ให้สังเกตสีหน้า ท่าทางผู้ป่วยขณะพูดคุย การแสดงอารมณ์สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูดหรือไม่ อาจใช้คำถาม เช่น “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”
ลักษณะของคำพูด (pattern of speech)	ให้สังเกตลักษณะการพูด ความเร็ว น้ำเสียง ความต่อเนื่องของเนื้อหา
การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination)	ประเมินประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของผู้ป่วย ว่ามีการรับรู้ตรงตามสภาพที่เป็นจริงหรือไม่ ผู้ป่วยอาจมีประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน อาจใช้คำถามว่า “ได้ยินเสียงคนมาพูดคุยแต่ไม่เห็นตัวคนพูดบ้างหรือไม่” “ได้ยินเสียงคนมาพูดหรือสั่งให้ทำอะไรบ้างหรือไม่” หรือประสาทหลอนชนิดอื่น อาจแปลสิ่งเร้าผิด เช่น เห็นเชือกเป็นงู ได้ยินเสียงใบไม้ไหวเป็นเสียงเพลง เป็นต้น
ความคิดหลงผิด (delusion)	ประเมินจากลักษณะวิธีตอบคำถามของผู้ป่วยในขณะสนทนา ว่ามีความต่อเนื่อง หลงผิด หรือหวาดระแวงมากน้อยเพียงใด - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติใน รูปแบบของความคิด ประเมินได้จากการพูดจาไม่ต่อเนื่อง หยุดชะงัก พูดซ้ำๆ พูดอ้อมค้อม เป็นต้น - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติใน เนื้อหาของความคิด เช่น คิดว่ามีคนคอยติดตามจะทำร้าย คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ มีอำนาจพิเศษเหนือธรรมดา อาจตั้งคำถามเช่น “คุณคิดว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจเร้นลับบางอย่างคุ้มครองคุณเป็นพิเศษบ้างไหม?”
ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control)	ความสามารถในการควบคุมการแสดงอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ไม่พอใจ โกรธ กลัว พึงชาน อารมณ์รัก อารมณ์ทางเพศ โดยสามารถแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสังคม
ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation)	ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการระบุเวลา สถานที่และบุคคล เช่น อาจถามว่า “เวลานี้เป็นเวลาอะไร กลางวันหรือกลางคืน วันนี้วันที่/เดือน/ปี ทราบหรือไม่ว่าตนพักรักษาตัวอยู่ที่ไหน ใครมาส่ง” ฯลฯ

การประเมิน	แนวทางประเมิน/สัมภาษณ์
ความคิด และพฤติกรรม พยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)	ประเมินได้จากคำพูดผู้ป่วย อาจระบุในทำนองน้อยใจว่าตนเองไม่มีใครรัก ตนเองไม่มีคุณค่า ตนเองเป็นภาระผู้อื่นหรืออาจพูดว่าหากตนเองไม่อยู่แล้วคนอื่นคงมีความสุข หรือบอกว่าอยากฆ่าตัวตาย เขียนจดหมายลาตาย ● ด้านอารมณ์ จะมีอารมณ์เศร้า ดูเหงๆ ซึมๆ แยกตัว บางครั้งอาจจะหงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ อ่อนไหวง่าย อาจแสดงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อชู้คนใกล้ชิดในการต่อรอง หรือเรียกร้องความสนใจ ● ด้านพฤติกรรม เช่น มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล นอนไม่ค่อยหลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือนอนมาก ทานอาหารได้มาก/น้อยลง หรือน้ำหนักตัวเพิ่ม/ลดลง อาจจะไม่สบาย ไม่ค่อยมีแรง กรณีที่มีบุคลิกภาพลักษณะเจ้าอารมณ์ อ่อนไหวง่าย อาจแสดงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อชู้คนใกล้ชิดในการต่อรอง หรือเรียกร้องความสนใจ คำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ทั้งนี้คำถามไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เนื่องจากการถามจะทำให้เข้าใจสถานการณ์ และนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ผู้บำบัดต้องมีทักษะในการตั้งคำถาม และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย)

จากการสัมภาษณ์/ซักประวัติและตรวจสภาพจิต พยาบาลต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวินิจฉัยทางการแพทย์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับอาการทางจิต เช่น เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ตามตารางที่ 3) ทั้งนี้ สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตามตารางที่ 4) เพื่อวินิจฉัยแยกสาเหตุจากโรคทางกาย และสามารถใช้แบบประเมินเพิ่มเติม (ตามตารางที่ 5) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา เช่น แบบประเมินฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (AWS) เป็นต้น

2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อ¹²

หากพบประวัติ ตรวจร่างกาย หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่น่าสงสัยว่าอาจมีภาวะอันตรายทางกาย ต้องให้แพทย์ทำการตรวจรักษาโรคทางกายให้ปลอดภัยก่อนส่งต่อผู้ป่วย (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ประเด็น	ข้อบ่งชี้
vital signs	T > 38°C/ PR > 100/ min หรือ < 60/ min/ RR > 24/ min/ BP > 160/ 100 mmHg หรือ < 90/ 60 mmHg
general appearance	ลักษณะร่างกายผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น ร่างกายทรุดโทรมมาก อ่อนเพลีย ซีดเหลือง หรือมี deformity

ประเด็น	ข้อบ่งชี้
บาดแผล	มี active bleeding หรือ แผลติดเชื้อ
heart and lungs	พบ acute cardiovascular problems หรือ acute respiratory problem (status asthmaticus)
abdomen	พบภาวะ acute abdomen
alteration of consciousness	เช่น coma score < 9 เรียกไม่ตอบสนอง งุนงง
disorientation	เช่น หลงเวลา ไม่รู้สถานที่ หรือจำคนรู้จักไม่ได้
abnormal neurological signs	ataxia, nystagmus, paralysis, status epilepticus, NMS

2.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย drug screening (โดยเฉพาะ Urine Amphetamine), CBC, FBS, BUN, Creatinine, Electrolytes, Liver Function Test, Urine Analysis ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็น หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ (ตามตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค¹³

ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
CBC	เพื่อหาความผิดปกติของเลือด เช่น ภาวะติดเชื้อ และ severe anemia
FBS (DTX)	hypoglycemia และ hyperglycemia
electrolytes	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะ hyponatremia, hypernatremia, hypokalemia, hyperkalemia
BUN/ creatinine	เพื่อแยก uremia, acute renal failure
liver enzyme	เพื่อแยก hepatitis, hepatic failure
urine substance	เพื่อตรวจหาสารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา
serum VDRL	กรณี first episode psychosis เพื่อแยก neurosyphilis
anti HIV	เพื่อช่วยในการวินิจฉัย HIV-associated neurocognitive disorder และช่วยในการวางแผนการรักษา
ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ควรทำตามความจำเป็นหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้	thyroid function test, CT brain

2.5 การใช้แบบประเมินเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยแยกจากโรคที่เกิดจากอารมณ์ ภาวะถอนพิษสุรา ความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตราย การประเมินความพิการ และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้บำบัดสามารถใช้แบบประเมินเพื่อช่วยการวินิจฉัยและวางแผนทางการพยาบาล ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

หัวข้อประเด็น	แบบประเมิน	ข้อบ่งชี้
Violence	แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression : OAS) ตามภาคผนวกหน้า 62-63	● เพื่อประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ต่อตนเอง ต่อผู้อื่นหรือต่อทรัพย์สิน ที่แสดงออกทั้งทางคำพูดและการกระทำ โดยประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบัน
Depress /Suicide	● แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ตามภาคผนวกหน้า 59 ● แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ตามภาคผนวกหน้า 60 ● แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ตามภาคผนวกหน้า 61	● เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า ถ้าตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) ● เพื่อประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย กรณีที่พบผลคัดกรอง $9Q \geq 7$ คะแนน
Delirium/Withdrawal	● แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา AWS/แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ CIWA-Ar ตามภาคผนวกหน้า 64-65	● เพื่อประเมินติดตามอาการถอนพิษสุรา
ภาวะแทรกซ้อนทางกาย	● แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ภาคผนวกหน้า 66-68)	● เพื่อประเมินความผิดปกติ/โรคแทรกซ้อนทางกาย
การประเมินความพิการและความสามารถ	● แบบประเมินความพิการทางจิตกรรมสุขภาพจิต (ภาคผนวกหน้า 69-70)	● แบบประเมินนี้ใช้หลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชแล้ว เป็นการประเมินเฉพาะความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติกและความพิการทางสติปัญญา ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ใช่แบบประเมินอาการทางจิต (Symptoms Checklist)

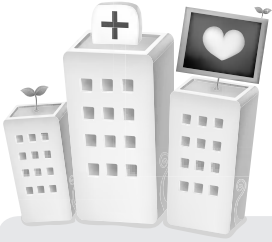
หัวข้อประเด็น	แบบประเมิน	ข้อบ่งชี้
	● แบบประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและการให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ตามภาคผนวกหน้า 71-82	● ก่อนใช้แบบประเมิน ICF ผู้ป่วยต้องผ่านการประเมินผู้พิการทางจิตมาก่อน ● เพื่อประเมินความพิการกลุ่มโรคทางจิตเวชตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10-TM (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Thai Modification) ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้โรคทางจิตเวชนั้นต้องไม่ใช่โรคในระยะเฉียบพลัน ● สำหรับคนพิการที่มารับบริการรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550
	● แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Basic ADL) ตามภาคผนวกหน้า 84-92	● เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท
การดูแลต่อเนื่อง	● แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามภาคผนวกหน้า 96-98	● เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนตามผลคะแนนที่ได้
	● แบบประเมินอาการเตือนตามภาคผนวกหน้า 83	● เพื่อประเมินอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ ช่วยในการสังเกตอาการ ความรุนแรงของโรคจิตเภท และติดตามผลการรักษา

จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและการใช้แบบประเมินจะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางคลินิกที่แตกต่างกับโรคซึมเศร้าและภาวะเพื่อสับสน ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง Schizophrenia, Depression และ Delirium

Feature	Schizophrenia	Depression	Delirium
Awareness	ไม่ดี	ดี	ลดลง
Alertness	ปกติ	ปกติ	เปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในแต่ละวันบางครั้ง ง่วงซึม บางครั้งตื่นดี
Attention	เสีย	เสียเพียงเล็กน้อย	เสีย
Orientation	เสียบางส่วน	เสียบางส่วน	โดยทั่วไปจะเสีย
Memory	เสียความจำบางส่วน	เสียความจำบางส่วน (selective or patchy impairment)	เสียทั้ง immediate และ recent
Thinking	ผิดปกติ	ปกติดี แต่จะมีความคิดท้อแท้ สิ้นหวัง หมดหนทาง	Disorganized, distorted, fragmented, slow หรือ accelerated
Perception	ผิดปกติมี delusion, hallucination	ปกติ แต่ถ้าเป็นระดับรุนแรง มักจะมี delusion, hallucination	Illusion, delusion และ hallucination
Onset	วัยรุ่นตอนต้น	สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนไปมักเกิดขึ้นเร็ว	Acute หรือ subacute ขึ้นอยู่กับสาเหตุ
Course	อาการจะค่อยๆ เป็น และคงอยู่ระยะนาน	อาการจะเป็นมากขึ้น และน้อยลงในช่วงของวัน โดยมากมักจะเป็นเวลาเช้า	เป็นไม่นาน อาการจะเป็นมากขึ้น หรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน มักเป็นมากในช่วงมีดคำ
Progression	ไม่ดี	บางครั้งช้า	เร็วช้าไม่แน่นอน



บทที่ 3

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.1 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท^{14,15}

ระยะ: Acute

1. ประเมินอาการทางจิต

(ดูในภาคผนวกที่ 2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทสำหรับแพทย์และภาคผนวกที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับแพทย์)

2. ข้อบ่งชี้สำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือการส่งต่อ คือ

- ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น
- ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- ความเสี่ยงต่อการทำลายทรัพย์สิน
- ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมี Severely disorganized behavior
- มีโรคทางกายหรือทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัยหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- อาการโรคจิตเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน
- เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

3. การเลือกใช้ยารักษาโรคจิต ยาที่ใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป คือ ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotic drug) การสั่งจ่ายยาควรคำนึงถึงการยอมรับการใช้ยาของผู้ป่วย ประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ลักษณะผลข้างเคียงของยาและแผนการรักษาในระยะยาว

ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เช่น Haloperidol ขนาด 5 – 20 มิลลิกรัมต่อวัน Perphenazine ขนาด 16 – 64 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ Chlorpromazine ขนาด 200 – 600 มิลลิกรัมต่อวัน

4. การป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรก ผู้ป่วยควรได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เช่น Haloperidol ขนาด 5 - 20 มิลลิกรัมต่อวัน

หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยามาก ควรคงขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์ ก่อนที่จะประเมินประสิทธิผลของยาอีกครั้ง

เมื่อปรับยาให้ขนาดที่เหมาะสมเป็นเวลา 4 – 6 สัปดาห์แล้ว อาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมนานอื่นที่มีโครงสร้างต่างจากยานานแรก

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอย่างน้อยสองขนาน หรือ เกิดผลข้างเคียงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ ให้พิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone, Clozapine

การให้ยารักษาอาการข้างเคียงทางระบบประสาทที่เกิดจากยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมโดยเฉพาะกลุ่มที่มี high potency เช่น Haloperidol อาจใช้ยาในกลุ่ม anti cholinergic เช่น Trihexyphenidyl วันละ 4 – 10 มิลลิกรัม พร้อมกับให้คำแนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและยาที่ใช้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ

ระยะ: Stabilization

การให้ยา ควรให้ยาขนานเดิมต่ออีก 6 เดือน

ระยะ: Maintenance

การให้ยา ในกรณีที่เป็นการครั้งแรกควรให้ยาในขนาดเดิมเป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นแพทย์ควรพิจารณาปรับลดขนาดยาลงอย่างช้าๆ เช่น ลดลงร้อยละ 10 ทุก 6 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเป็นเวลา 12 – 24 เดือน แพทย์สามารถทดลองหยุดยาได้ ทั้งนี้ ต้องใช้ดุลพินิจเป็นรายกรณีถึงความเสี่ยงในการกลับไปเป็นซ้ำอีก

ในกรณีที่เกินมากกว่า 1 ครั้ง แพทย์ควรให้การรักษแบบต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปีหรือให้ยาตลอดชีวิต

ผลข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจพบ ได้แก่ Acute dystonia, Akathisia, Parkinsonism, Tardive dyskinesia, Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS), Anticholinergic side effect เป็นต้น

(ดูรายละเอียดการพยาบาลผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช ในบทที่ 4)

3.2 การบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁵

การบำบัดทางสังคมจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญในการนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ ดังนั้นควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตามตารางที่ 7 โดยในแต่ละระยะ คือ Acute Phase / Stabilization Phase และ Maintenance Phase ให้มีความสำคัญกับการบำบัดทางสังคมจิตใจ ตามรายละเอียดดังนี้

1. Acute Phase

- ให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลเรื่องสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช
- ทำจิตบำบัดรายบุคคล/แบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพความเป็นจริง (reality) และยอมรับการเจ็บป่วย (insight) โดยเร็วที่สุด
- ทำจิตบำบัดครอบครัวเพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ การยอมรับและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย

2. Stabilization Phase

- ให้การบำบัดทางจิตสังคม ใน Acute phase ต่อเนื่อง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับผลข้างเคียงของการกินยา
- การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสม

3. Maintenance Phase

- ให้การบำบัดทางสังคมจิตใจ ใน Acute Phase ต่อเนื่อง
- พื้นฟูผู้ป่วยด้านทักษะการใช้ชีวิตเบื้องต้น (basic living skills) พื้นฟูด้านการรู้คิด (cognitive rehabilitation) และการฟื้นฟูด้านอาชีพ (vocational rehabilitation)

ตารางที่ 7 รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁶⁻²¹

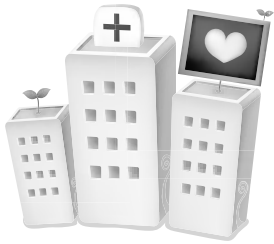
รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์
1. สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)	- เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค และการจัดการความเครียด - เพื่อให้ครอบครัวปรับทัศนคติและความคาดหวัง การสื่อสาร และบทบาทของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. การบำบัดที่เน้น cognitive (cognitive - oriented)	สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลันเจ็บป่วยครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ซึ่งมีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 2 ปี - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถลดอาการทางบวก การบำบัดมีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ต่างกัน - การบำบัดมุ่งเน้นในการปรับความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่ผิดปกติที่ส่งผลให้เกิดอาการทางบวก หรือความทุกข์ทรมานจากอาการทางบวก โดยมีเป้าหมายให้อาการของโรคสงบลงเร็วขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรัง ระยะเวลาป่วยมากกว่า 2 ปี - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ลดอาการหูแว่วและหลงผิด เน้นการบำบัดเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการกังวลใจ ทุกข์ใจกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองในทางลบ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทาง/วิธีการในการเผชิญกับอาการและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีอาการหูแว่ว - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์อาการหูแว่ว และความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทาง/วิธีการในการเผชิญกับอาการหูแว่ว ทำให้หูแว่วลดลงได้

รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์
3. การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive) 3.1 อธิบายเหตุผลกับผู้ป่วยว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตของผู้ป่วยบกพร่องไปเนื่องจากความสามารถในการจัดระเบียบความคิดมีจำกัด 3.2 ให้ผู้ป่วยบันทึกสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคและสาเหตุที่ทำให้รู้สึกยุ่งยากใจและความไม่พึงพอใจเพื่อนำรายละเอียดไปวิเคราะห์ในการดำเนินการบำบัดครั้งต่อไป - ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด 3.3 อธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย - การระบุปัญหาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน - ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาให้ครอบคลุมและกว้างขวาง - ประเมินความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก - ปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เลือกไว้ - ประเมินผลลัพธ์ ถ้าผลลัพธ์ไม่เป็นที่พอใจให้พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่และปฏิบัติตาม ให้รางวัลแก่ตนเองในการใช้กลวิธีแก้ปัญหาได้สำเร็จ 3.4 ประยุกต์กลวิธีการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นนามธรรม (abstract) เช่น การเล่นเกมฮออส เกมต่างๆ	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบและสามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหาได้ - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทระบุทิศทางทางเลือกซึ่งเปรียบเสมือนทางเลือกในการแก้ปัญหาว่าวิธีการเดินทางวิธีใดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด และประเมินผลการเดินทางแต่ละครั้ง ระยะแรกผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาลำดับ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น

รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์
3.5 ให้ผู้ป่วยประยุกต์วิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การสมัครงาน การหาที่อยู่ใหม่ การทำความเข้าใจกับเพื่อนใหม่ 3.6 ให้ผู้ป่วยนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตจริง โดยนำอุปสรรคที่ผู้ป่วยพบในข้อ 3.2 มาวิเคราะห์รายละเอียดของปัญหา อภิปรายเกี่ยวกับทางเลือก และชักชวนการปฏิบัติ ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติ และผลลัพธ์ผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง	
4. การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill training) โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ด้วยวิธีการ ที่ง่าย ๆ เช่น - ทักษะการดูแลตนเอง (Personal life Skills) - ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (Domestic Skills) - ทักษะทางสังคม (Social Skills) - ทักษะการทำงาน (Work Skills) - ทักษะการพักผ่อน (Leisure Skills) - ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Community Living Skills) (เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เรือร่ง กรมสุขภาพจิต)	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน
5. การบำบัดที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) - การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship) - การทำจิตบำบัดประคับประคอง (supportive psychotherapy)	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นสิ่งแวดล้อม เป็นการช่วยปรับพฤติกรรม และอารมณ์ให้ดีขึ้น

รูปแบบการบำบัด	วัตถุประสงค์
6. การใช้สัมพันธภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Relationship and Milieu Therapy)	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้การสื่อสารเชิงบำบัด เป็นการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวรายบุคคล - เน้นที่การติดต่อสื่อสาร การใช้สัมพันธภาพ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมลดภาวะเครียด และพัฒนาความสามารถในการปรับตัวรายบุคคล
7. การบำบัดที่เน้นเรื่องการกระตุ้น (Stimulation-Oriented) และ การใช้สันทนาการ (Recreation therapy) เช่น - การเล่นเกม/เกมคอมพิวเตอร์/เกมไฟ /เกมกระดาน เช่น หมากรุก - ศิลปะบำบัด - ดนตรีบำบัด	- เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าใจบทบาทหน้าที่และช่วยให้อารมณ์ผ่อนคลาย
8. การบำบัดที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม เช่น - ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม - เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ - เพื่อทำให้พฤติกรรมหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน เอะอะโวยวาย
9. การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-oriented) - การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) - การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Group psychoeducation) - ให้กำลังใจ (Emotional support)	- เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้
10. การป้องกันการเกิดอาการกำเริบ	- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง - เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภททบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาและมองอนาคต ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่ออาการทางจิตในอนาคตจะช่วยให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและมีทัศนคติที่ดีต่อการกินยา

บทที่ 4



การพยาบาล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ Acute ระยะ Stabilization และ ระยะ Maintenance ดังนั้น การวางแผนดูแลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค รวมทั้งปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละระยะมีอาการและความรุนแรงของโรคดังนี้¹⁷

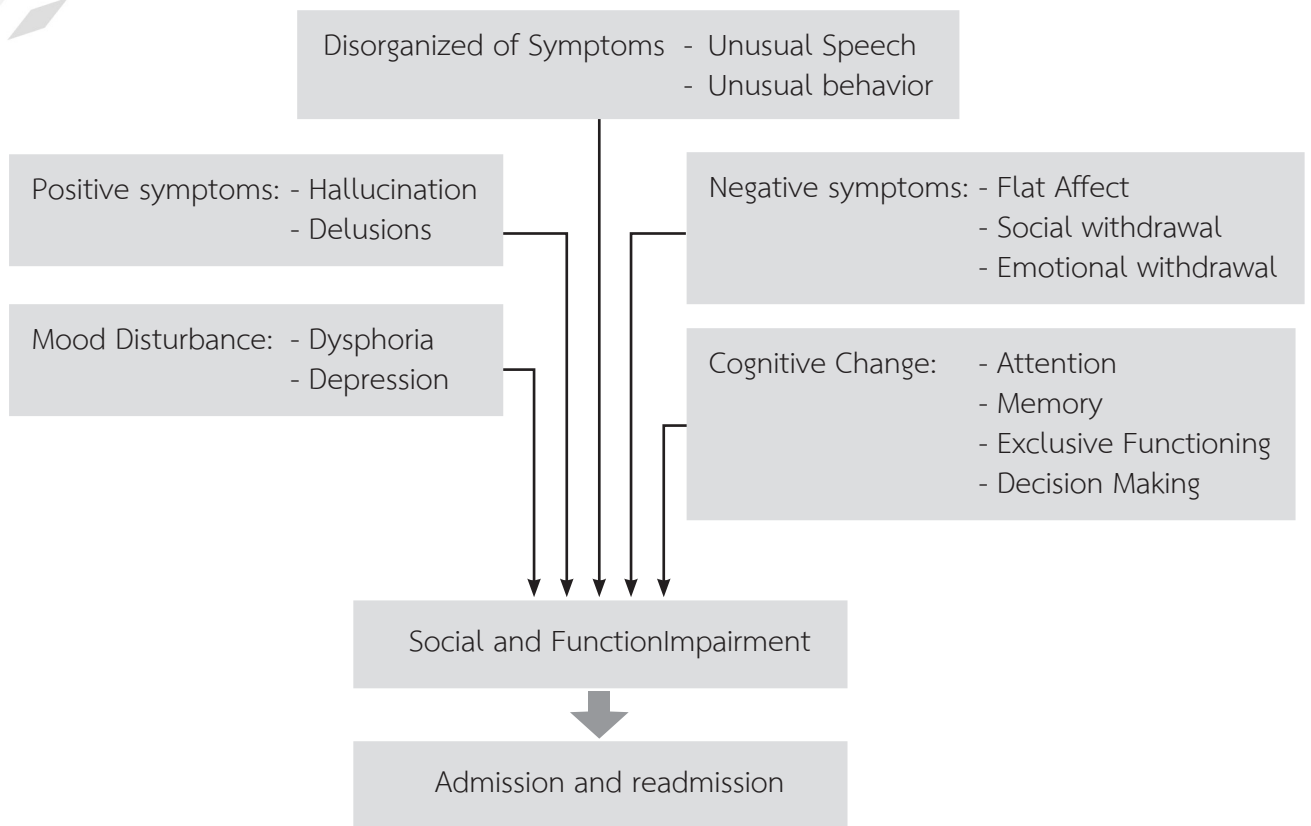
1. **ระยะ Acute** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน รุนแรง อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและ/หรือทรัพย์สิน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดปกติ (disorganized) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

2. **ระยะ Stabilization** เป็นระยะที่อาการของโรคลดความรุนแรงลงอยู่ในช่วง 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากการรักษาใน Acute phase ผู้ป่วยอาการสงบลงแต่ยังต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3. **ระยะ Maintenance** หมายถึง ระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ อาการด้านลบหรืออาการด้านบวกที่เหลืออยู่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ความรุนแรงของอาการน้อยกว่า Stabilization phase

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททางจิตสังคม ส่วนใหญ่จะเกิดช่วงหลังจากที่อาการทุเลาลง แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (Incomplete remission) และอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ประกอบกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้งยิ่งทำให้มีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ และมีผลกระทบกับผู้ป่วย (ตามแผนภูมิที่ 2) อาการของโรคจิตเภท

แผนภูมิที่ 2 อาการของโรคจิตเภท (Symptoms of Schizophrenia)



4.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ: Acute²¹⁻²⁶

การพยาบาลในระยะนี้ต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น มีแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันดังต่อไปนี้

4.1.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ในกรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สิน จะต้องประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression) เพื่อจำแนกระดับความรุนแรงและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ตามตารางที่ 8) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS

ตารางที่ 8 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

(OAS : Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

ลักษณะ พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนน ที่ประเมินได้
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 0	
1. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีด ลึกเลือดออกหรือ มีการบาดเจ็บของ อวัยวะภายในหรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โยกศีรษะ กรีดตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก	-	ไม่พบ	
2. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและ การแสดงออก	พูดข่มขู่ จะทำร้าย ผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับ บาดเจ็บ เช่น ขีด เคียด บวม เกิด บาดแผลกระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือกระชาก คอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียง ดังตะโกนด้วย ความโกรธหรือ ตะโกนด่าผู้อื่น ด้วยถ้อยคำ ไม่รุนแรง	ไม่พบ	
3. พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น พุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็น อันตราย หรือ จุดไฟ เผา ฯลฯ	ขว้างปา / เตะ / ทุบวัตถุหรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของ กระจัดกระจาย	ไม่พบ	

คำแนะนำ :

แบบประเมินชุดนี้ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำหรือต่อทรัพย์สินโดยพยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมินและให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับนี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟู (convalescent) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง(Moderate) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก (semi-critical) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก (critical) ตามเกณฑ์ การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงตามระดับคะแนน

- ระดับคะแนน 0-1 เฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
- ระดับคะแนน 2 ให้การพยาบาลตามแนวทางการจัดการเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ระดับคะแนน 3 รับไว้รักษา หรือพิจารณาส่งต่อ

ทักษะการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว

1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ชัดเจนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยได้รู้สึกตัว ได้สติ
2. ทำทางการแสดงออกของผู้ดูแล ไม่ควรล้วงกระเป่าหรือเอามือไขว่หลังขณะพูดคุยกับผู้ป่วย
3. หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้บ้าง พูดคุยให้ผู้ป่วยได้ถูกคิด เตือนสติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย
 - ผ่อนคลายอารมณ์ “ใจเย็นๆ มีอะไรก็คุยกันได้”
 - บอกความต้องการ “ต้องการอะไร จะให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง”
 - มีทางเลือก ไม่ได้ถูกบีบบังคับให้จนมุม “อยากจะเล่าอะไรให้ใครฟัง ก็บอกได้นะ” “ถ้าไม่อยาก ฉีดยา
4. อยู่ในระยะที่ปลอดภัย ไม่เข้าใกล้ผู้ป่วย เฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

ลองปรึกษากับหมอดีใหม่ เพื่อหมอมจะมีวิธีอื่นๆที่เหมาะสมกับเรามากกว่า”

- วางอาวุธ “วางมีดก่อนดีไหม คนอื่นๆ ก็ไม่มีใครถือมีด ทุกคนจะได้ปลอดภัย”

5. การจับผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (กรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย ไม่รวมมือ)
 - หลีกเลี่ยงการจ้องมองผู้ป่วยด้วยท่าที่ชิงชัง เพราะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น บอกผู้ป่วยว่า “ไม่ได้ทำร้าย แต่จะมาช่วยกันอยู่เป็นเพื่อน ให้ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น”
 - จำกัดผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่สามารถประชิดและจับได้ง่าย ไม่ควรขีดผนัง เพราะผู้จับจะเคลื่อนไหวยาก
 - ทีมเข้าจับควรมีน้อย 4 - 6 คน
 - คนที่ 1 หัวหน้าทีมทำหน้าที่เจรจาต่อรองสอบถามความต้องการของผู้ป่วยประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับใดและสิ่งการในกรณีที่จะจับผู้ป่วย
 - คนที่ 2 - 3 จะจับแขนขวาของผู้ป่วยและจับแขนซ้ายของผู้ป่วย
 - คนที่ 4 - 5 จับขาข้างขวาของผู้ป่วยและขาข้างซ้ายของผู้ป่วย
 - คนที่ 6 (ถ้ามี) เป็นคนสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เชือก ผ้าจำกัดพฤติกรรมหรือทำหน้าที่ทดแทน เมื่อมีเพื่อนร่วมทีมทำหน้าที่ไม่ได้

เทคนิคที่สำคัญในการจับล็อคผู้ป่วย

- ทำงานเป็นทีมให้สำเร็จในครั้งเดียว “พร้อมเพรียง จับไว แต่ไม่ถลอก”
 - ระมัดระวังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ห้ามล็อคคอผู้ป่วยเพราะอาจเกิดการหายใจ
 - ไม่ควรปล่อยมือจากผู้ป่วยโดยไม่ให้สัญญาณเพื่อนร่วมทีมโดยเด็ดขาด
6. การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป ใช้นิ้วสอดเชือกที่ผูกมัดได้ เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก
 7. หลังการผูกมัดควรพูดคุยสอบถามอารมณ์กับผู้ป่วย บอกเหตุผลการผูกมัดว่า “ไม่ได้เป็นการลงโทษ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย และจะยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้”
 8. ในระหว่างการผูกมัดให้ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 15 - 30 นาที และเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วย และสอบถามความต้องการ เช่น ต้องการดื่มน้ำ ปวดปัสสาวะ อูจจาหรือความต้องการทางร่างกายด้านอื่นๆ
 9. หากอาการยังไม่สงบ พิจารณารายงานแพทย์
 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา
 11. ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์ และเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา
 12. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สงบ
 13. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควร ชัดเจน และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อสร้างความไว้วางใจ ถ้าผู้ป่วยมีท่าทางหวาดระแวงไม่ควรใช้เสียงหรือทำท่าทางกระชิบกระซาบ

4.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าทรมาน ต้องประเมินระดับความรุนแรง หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ใช้แบบประเมิน 9Q และตามด้วยแบบประเมิน 8Q ทุกครั้งเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (ตามตารางที่ 9) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ตารางที่ 9 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

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

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมาผมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

หมายเหตุ ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

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

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แนวทางการจัดการตามระดับค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 8Q = 1- 8 คะแนน

1. ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว
2. ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด

คะแนน 8Q = 9 -16 คะแนน

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

คะแนน 8Q > 17 คะแนน

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

หมายเหตุ : ผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ควรได้รับการติดตามประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q และได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทุกเดือน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย²³⁻²⁴

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล เป็นมิตรและอบอุ่น แสดงการยอมรับผู้ป่วย มีความอดทนในการรับฟัง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและยอมรับการเจ็บป่วย
2. ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ประเมินหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง/เรื้อรัง สูญเสียอวัยวะ/พิการกระทันหัน มีปัญหาเศรษฐกิจ มีปัญหาครอบครัว เป็นต้น
3. ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าหรืออาการทางจิต เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอนถ้าพบความเสี่ยงต้องมอบหมายเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด (ตัวอย่างสัญญาณเตือนการใช้คำพูดสั่งเสีย สักลา หรือการบริหารจัดการ เช่น การจัดการแบ่งทรัพย์สินมรดกเรียบร้อยแล้ว การวางแผน เช่น มีพฤติกรรมซุ่มยามาสะสมไว้ และ/หรือการมีประวัติ เช่น การมีบาดแผลจากการทำร้ายตัวเอง
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บริเวณที่พยาบาลสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบรรยากาศผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่เป็นมุมอับเพื่อช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วยลง
5. ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา ข้อดี ข้อเสียจากการฆ่าตัวตาย ใส่ใจรับฟังเรื่องราว กระตุ้นให้หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนห่วงใยและ การมีชีวิตอยู่มีคุณค่า เช่น การทำสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายตนเองซ้ำอีกและให้บอกพยาบาลทุกครั้งที่มีความคิดจะทำร้ายตนเอง
6. ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความหวังของการที่มีชีวิตอยู่ พูดถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต มองหาสิ่งที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว ศาสนา ความเชื่อ และคอยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เห็นความสามารถและศักยภาพในการพึ่งตนเอง
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กลุ่มบำบัด เพื่อสนับสนุนการคิดเชิงบวก ลดอาการซึมเศร้า/แยกตัวเอง
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ในรายที่มีความเสี่ยงรุนแรงมากแพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้า
9. ให้คำแนะนำแก่ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินสัมพันธภาพของญาติและครอบครัวตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อควรระวังในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ระวังความรู้สึกกลับต่อผู้ป่วย หากแก้ไขไม่ได้ต้องให้คนอื่นในที่มารับผิดชอบดูแลแทน
- ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามสมควร ไม่มากจนเกินไป โดยเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

4.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุรา

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการรักษา หรือระยะก่อนถอนพิษสุรา (Before care or Pre - Alcohol Detoxification)
2. ระยะถอนพิษสุรา (Alcohol - Detoxification)
3. ระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม (Rehabilitation)
4. ระยะดูแลหลังการรักษา (After care)

ส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา ซึ่งอาจมีภาวะ Delirium เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราทุกรายต้องประเมินติดตามระดับความรุนแรง เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน AWS หรือแบบประเมิน CIWA-Ar ทุกครั้ง (ตามตารางที่ 10 หรือตารางที่ 11) และให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราที่ประเมินได้ (ตามตารางที่ 12)

ตารางที่ 10 แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

AD 2-1: แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ AWS

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)		ชื่อ:.....อายุ:.....HN:.....ตึก:.....เพศ: ชาย หญิง											
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย:/...../.....		วันที่											
เวลา:.....AM/PM		เวลา											
เหงื่อ	0 ไม่มีเหงื่อ 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือขึ้น มีเม็ดเหงื่อตามใบหน้า ตามตัว 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก												
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลาขึ้นมือไปจับสิ่งของ 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา												
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้/ panic												
กระสับกระส่าย	0 ปกติ 1 งุ่มง่าม อยู่ไม่นิ่ง 2 พลิกคว่ำไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้ 3 กระสับกระส่ายมาก พักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้												
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0°C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1°C ถึง 37.5°C 2 อุณหภูมิ 37.6°C ถึง 38.0°C 3 อุณหภูมิ 38.1°C ถึง 38.5°C 4 อุณหภูมิ 38.6°C หรือมากกว่า												
ประสาทหลอน V = ภาพหลอน T = มีอะไรไปตามตัว A = หูแว่ว	0 ไม่มี 1 มีบ้าง แคร่ตัว 2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื้อบ้าง 3 มีบ่อย ๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน 4 ไม่รับรู้ความเป็นจริง												
การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา และสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่และบุคคล 4 เสียการรับรู้												
คะแนนรวม AWS													
ความดันโลหิต													
ชีพจร													
อัตราการหายใจ													
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่น รู้ตัวดี ฟังคำสั่งได้ 2 สับสน ตอบสนองต่อเสียง 3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 Semi-comatose 5 Comatose												
Pupils + reacts - no reaction B brisk S Sluggish		Size in mm											
Reaction													
ยาที่ให้เพิ่ม													
Nurse Initials													

Scale (mm)

1

•

2 •

3 •

4 •

5 •

ตารางที่ 11 แบบประเมิน

The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol(CIWA-Ar)

AD 2-2: แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ CIWA-Ar

CIWA-Ar		ชื่อ:.....อายุ.....HN:.....ตึก:.....เพศ: ชาย หญิง							
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย:/...../.....		วันที่							
เวลา.....AM/PM		เวลา							
คลื่นไส้อาเจียน	0 ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน 4 คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร 1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 7 คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย								
การรับสัมผัสผิดปกติ	0 ไม่มี 1 ค้นยุบขยับ เห็นขาวปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อยมาก 2 ค้นยุบขยับ เห็นขาวปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อย 3 ค้นยุบขยับ เห็นขาวปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นปานกลาง 4 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5 มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6 มีประสาทหลอนทางสัมผัสรุนแรงมาก 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา								
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 4 ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 1 ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น 7 รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน								
การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ	0 ไม่มีเสียง 4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 1 เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กเล็กน้อย 5 มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก 2 เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กน้อย 6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน 3 เสียงระคายหูหรือทำให้กั๊กปานกลาง 7 มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา								
อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ	0 ไม่เห็นเหงื่อ 4 เห็นเหงื่อเป็นเม็ด ๆ ทั่วบริเวณหน้าผาก 1 ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก , ผ่ามือขึ้น 7 เหงื่อแตกทั่วตัว								
การรับรู้ทางตาผิดปกติ	0 ไม่มี 4 อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 5 อาการประสาทหลอนรุนแรง 2 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 6 อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก 3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา								
อาการวิตกกังวล	0 ไม่กังวล, ผ่อนคลาย 4 กังวลปานกลาง หรือวิตกกังวลทำให้สงสัยว่าน่าจะมี 1 กังวลเล็กน้อย 7 ตระหนักกลัวรุนแรงมาก								
ปวดหัว มึนตื้อ	0 ไม่มี 4 รุนแรงมาก 1 มีน้อยมาก 5 รุนแรง 2 มีน้อย 6 รุนแรงที่สุด 3 ปานกลาง 7 รุนแรงที่สุด								
อาการกระวนกระวาย	0 พฤติกรรมปกติ 4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 7 เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย								
การรับรู้เรื่องเวลาสถานที่	0 ตอบได้ตรง 4 ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล 1 ไม่แน่ใจเรื่องวัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 2 ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน								
คะแนนรวม CIWA-Ar									
ความดันโลหิต									
ชีพจร									
อัตราการหายใจ									
ขาที่ให้เพิ่ม									
Nurse Initials									

ตารางที่ 12 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุราตามระดับการประเมินอาการถอนพิษสุรา

ระดับความรุนแรง (Severity)			
ต่ำ (Mild)	ปานกลางค่อนข้างต่ำ (Mild to Moderate)	ปานกลางค่อนข้างสูง (Moderate to Severe)	สูง (severe)
คะแนน AWS = 1-4	5-9	10-14	>15
คะแนน CIWA – Ar = 1-7	8-14	15-19	≥ 20
1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก, neuro sign ทุก 2 ชั่วโมง	1. ประเมินสัญญาณชีพ, neuro sign ทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินติดตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้ แบบประเมิน AWS หรือ แบบประเมิน CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง	2. ประเมินติดตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้ แบบประเมิน AWS หรือแบบประเมิน CIWA-Ar ทุก 2 ชั่วโมง - เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ เช่น การเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม	2. ประเมินติดตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้ แบบประเมิน AWS หรือแบบประเมิน CIWA- Ar ทุก 1 ชั่วโมง - เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ เช่น การเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม - การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมหรือการผูกมัดเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น มีอุปกรณ์ผูกมัดที่ปลอดภัย มีแนวทางในการผูกมัด	2. ประเมินติดตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้ แบบประเมิน AWS หรือแบบประเมิน CIWA-Ar ทุก ½ - 1 ชั่วโมง - เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ เช่น การเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม - การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดพฤติกรรมหรือการผูกมัดเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น มีอุปกรณ์ผูกมัดที่ปลอดภัย มีแนวทางในการผูกมัดและตรวจเยี่ยม
3. ประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและบันทึกอย่างครอบคลุม	3. ประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและบันทึกอย่างครอบคลุม	3. ประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและบันทึกอย่างครอบคลุม	3. ประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและบันทึกอย่างครอบคลุม
4. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร	4. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร	4. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร	4. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร
5. ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง	5. ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง	5. ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง	5. ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง
6. แนะนำญาติเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	6. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย	6. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย	6. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย
7. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์	7. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์	7. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์	7. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์

หมายเหตุ : ศึกษารายละเอียดการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช ในคู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล พ.ศ 2558)

4.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช²³⁻²⁴

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากและเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นยากลุ่มที่พบผลข้างเคียงจากยาได้มาก และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ คือ อาการทางระบบประสาท เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง อาการทางระบบต่อมไร้ท่อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด อาการต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด และการดื่มน้ำมากผิดปกติ คือมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ถ้าผู้ดูแลสามารถประเมินอาการได้ก่อนเกิดอาการก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่ที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่ออาการดังกล่าวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอยู่ในชุมชนได้

ดังนั้นการจัดการอาการจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตจึงมีความสำคัญมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ลดการป่วยซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ โดยมีแนวทางการให้คำแนะนำ การจัดการเบื้องต้น ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช (ตามตารางที่ 13) นอกจากนี้การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ยังมียากลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น (Advers Drugs Reaction : ADR) เนื่องจากเป็นยาที่มีช่วงในการรักษาแคบ (Narrow therapeutic index) มีผลข้างเคียงจากการใช้ยารุนแรง (Serious ADR) ซึ่งแต่ละชนิดจะมีการเฝ้าระวังที่ต่างกันและแนวทางการจัดการ (ภาคผนวกที่ 15)

ตารางที่ 13 แนวทางการให้คำแนะนำการจัดการเบื้องต้นผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช¹⁹

อาการข้างเคียง	แนวทางการให้คำแนะนำ
1. ปากแห้ง/ คอแห้ง/ ท้องผูก	“ให้จิบน้ำเปล่าบ่อยๆหรืออมลูกอม จะช่วยให้ดีขึ้นได้ไม่ควรดื่มน้ำหวาน เพราะจะทำให้อ้วน/น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ ถ้ามีอาการท้องผูก ให้กินอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผัก ผลไม้”
2. ตาพร่า	“ช่วงที่เริ่มกินยา บางครั้งอาจจะรู้สึกตาพร่ามัว มองไม่ชัดบ้าง ให้ระวังเรื่องหกล้ม/อุบัติเหตุ อาการพวกนี้จะค่อยๆดีขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์”
3. มือสั่น แขนขาเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า	อาการจะเป็นในช่วง 1-5 วันแรก ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ หายไปเองถ้าอาการดังกล่าวไม่ดีขึ้น/หายไปแนะนำให้มาพบแพทย์
4. กินเก่ง/ น้ำหนักเพิ่ม	“ต้องระวัง/ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือแป้งสูง เช่น ของทอด ของหวาน และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน”
5. ง่วงนอน/ อ่อนเพลีย	“หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร แต่ถ้าง่วงหรืออ่อนเพลียมากจนทำงานไม่ไหว ให้กลับมาปรึกษา”
6. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื้อแขนขา เชื่องซึม	• อาการจะเกิดในช่วง 1-2 เดือน หลังได้รับยา ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น
7. กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ควบคุมไม่ได้	• “อาการนี้ไม่ใช่อาการแพ้ยา แต่เป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมักจะพบในช่วงเริ่มยาหรือเพิ่มยา” • หากมีอาการควรไปพบแพทย์ เพื่อปรับยา • อาการเหล่านี้จะลดลงได้ โดยทำกิจกรรม หรือ ออกกำลังกาย

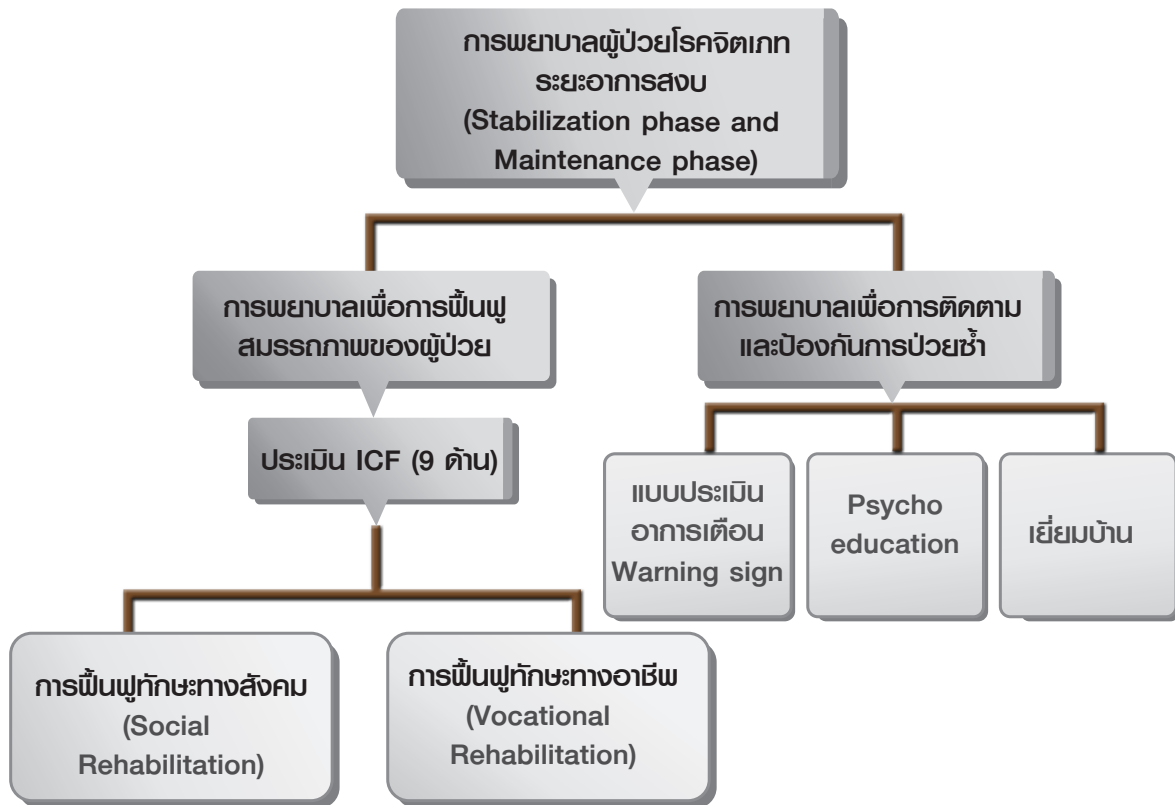
อาการข้างเคียง	แนวทางการให้คำแนะนำ
8. อาการขมขมิบ หรือดูดปาก คอบิดเอียง ขยับนิ้วมือ นิ้วนิ้วมือ	การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เคี้ยวปาก แลบลิ้น ขยับแขน/ขาโดยไม่ตั้งใจ พบได้ ในผู้ป่วยที่ได้ยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน หรือผู้สูงอายุ อาการจะเกิดขึ้นซ้ำๆ และมักไม่หายขาด ต้องใช้ยาลดอาการตัวเกร็งในการบรรเทาอาการ หากสังเกตพบ อาการเหล่านี้ ควรปรึกษาหรือส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อปรับลดยาต้านโรคจิตหรือให้ ยาบรรเทาอาการ
9. คอแข็ง/ลิ้นแข็ง/มือสั่น/ ตัวเกร็ง/พูดไม่ชัด	“มักจะเป็นมากในช่วงสัปดาห์แรก ให้กินยาลดตัวเกร็งอย่างสม่ำเสมอ อาการจะ ค่อยๆดีขึ้น แต่ถ้ายังมีอาการมากให้กลับมาพบแพทย์”
10. หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า	“อาจจะรู้สึกหน้ามืด โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนท่าเร็วๆอาการพวกนี้แก้ไขได้โดยค่อยๆ เปลี่ยนท่า เช่น จากท่านอน ให้ลุกนั่งช้าๆ แล้วจึงค่อยยืนและเดิน”

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะStabilization และ Maintenance²³⁻²⁴

Stabilization phase เป็นระยะที่อาการของโรคสงบลง ความรุนแรงลดลง อยู่ในช่วง 6 เดือนหรือมากกว่าหลังผ่านการรักษาในระยะ Acute แต่ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

Maintenance phase เป็นระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ ยังคงมีอาการด้านบวกหายไปหรือลดลง แต่อาการด้านลบจะเด่นกว่าและยังมีอยู่แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (Incomplete remission) และอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งการเจ็บป่วยบ่อยครั้งยิ่งทำให้มีอาการหลงเหลือมากขึ้น และมีการเสื่อมถอยลงทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลตาม**แผนภูมิที่ 3** และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม**แผนภูมิที่ 4**

แผนภูมิที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Stabilization phase and Maintenance phase)



4.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเข้าสู่ระยะ Stabilization²³⁻²⁴

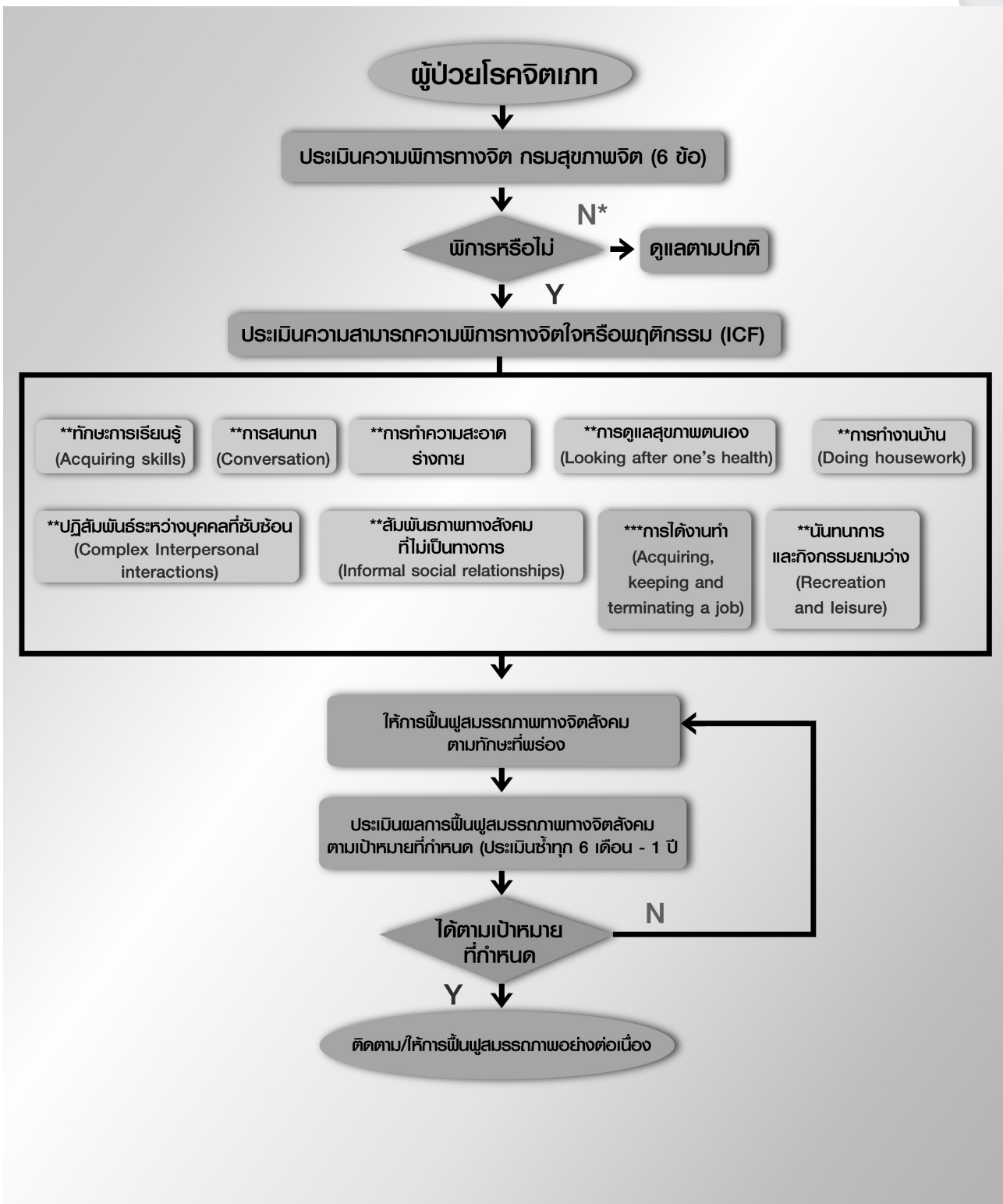
ในระยะ Stabilization การดูแลเน้นแก้ไขอาการทางจิต โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การดูแลตนเอง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยให้กลับไปอยู่ในชุมชนและระยะนี้ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรักษา ดังนี้

- ☞ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันในสังคม
- ☞ เตรียมการสนับสนุนช่วยเหลือ
- ☞ ลดความตึงเครียด
- ☞ ส่งเสริมการใช้กระบวนการ Recovery
- ☞ ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ
- ☞ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

4.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อเข้าสู่ Maintenance phase จะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ลดอาการทางลบและส่งเสริมทักษะทางสังคม ดังนี้

- ☞ พัฒนาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ
- ☞ พัฒนาคุณภาพชีวิต ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- ☞ ติดตามอาการของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการป่วยซ้ำ

แผนภูมิที่ 4 การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท



หมายเหตุ * การดูแลปกติ หมายถึง การเยี่ยมบ้านและ Psycho Education
 ** คือ การฟื้นฟูทักษะทางสังคม *** คือ การฟื้นฟูทักษะทางอาชีพ

4.3 การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้คงสภาพไม่เสื่อมหรือพร่องลงไปจากเดิมทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน บทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ตามแผนภูมิที่ 4)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระได้ตามเป้าหมายที่ต้องการและอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ภายใต้การทำงานของทีมนสหวิชาชีพและความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง²⁷

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะสาเหตุความผิดปกติของการทำงานของสมอง
2. การสร้างความจริงใจ สัมพันธภาพ และความเห็นอกเห็นใจ
3. การบำบัดมุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการสามารถทำหน้าที่/มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน
4. การค้นหาและเสริมศักยภาพที่เป็นกลไกแก้ไขปัญหาที่เป็นธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. คำนึงแหล่งสนับสนุนหรือการประคับประคองทุกรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
6. การให้ความสำคัญกับครอบครัวในการเข้าร่วมกระบวนการรักษา
7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละราย
8. สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดต่างๆ
9. กระตุ้นและส่งเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัวและชุมชน

4.3.1 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ²⁸⁻²⁹

1. ต้องเรียนรู้ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ
2. การสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้วางใจเจ้าหน้าที่ เพื่อความสะดวกในการวางแผนและกระตุ้นให้เข้าร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานยา หรือการยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝึกอาชีพตามสภาพท้องถิ่นที่ถือเป็นการเปิดประตูใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้นในตนเอง และการปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่น
3. การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการให้บริการผสมผสานหลายประเด็นตามความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล เช่น การจัดการความเครียดแบบง่ายๆของกรมสุขภาพจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาการฝึกทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลตนเองการช่วยงานบ้าน การฝึกอาชีพในท้องถิ่น เป็นต้น
4. การสร้างเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวและครอบครัวให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้กลับคืนบทบาทตนเองในครอบครัวโดยเฉพาะการมีงานทำสร้างรายได้ให้กับครอบครัว
5. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่องโรคจิต การลดอคติ การเข้าใจ การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จนถึงการกระตุ้นให้เกิดชมรมญาติ/จิตอาสาในพื้นที่
6. การทราบแหล่งความช่วยเหลือ ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวมในทุกด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท หากเกินความสามารถ เจ้าหน้าที่จะประสานงานไปยังวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหานั้นๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้

4.3.2 การประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม³⁰

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ต้องได้รับการประเมินความพิการและความสามารถเพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการทางจิต โดยใช้แบบประเมินความพิการทางจิตหรือพฤติกรรมของ กรมสุขภาพจิต (ภาคผนวกที่ 11) หากมีความพิการทางจิตต้องประเมินความสามารถ 9 ด้าน ตามคู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF (ภาคผนวกที่ 12) (รายละเอียดตามแผนภูมิที่ 4)

4.3.3 กิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช²⁷⁻³⁰

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living : ADL)

เป็นกิจกรรมที่ช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยมีแนวทาง ดังนี้

- ☞ ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วย หรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- ☞ กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ การรับประทานอาหาร
- ☞ การทำงานบ้าน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดบ้าน ถูบ้าน และทำความสะอาดห้องน้ำ การล้างจาน การซักเสื้อผ้า การทิ้งขยะ
- ☞ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย
- ☞ สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

โดยมีเทคนิคในการกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนี้

- ☞ สื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ
- ☞ มอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ให้โอกาสและอิสระกับผู้ป่วยในการเลือกกิจกรรม
- ☞ ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย
- ☞ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาสและเทศกาล

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยทักษะต่างๆซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเน้นการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน 6 ทักษะ ดังนี้

1. **ทักษะการดูแลตนเอง** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น รู้จักรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า รู้จักรับประทานอาหารด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ รู้จักขับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ มีพฤติกรรมรับประทานอย่างเหมาะสม รู้จักเข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่มีปัญหาด้านการรักษาความสะอาด โดยผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำ ทรงผมยุ่งเหยิง มีกลิ่นตัว ไม่ยอมสระผม แต่งตัวแปลกๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ สำหรับผู้ป่วยที่มีทักษะด้านการทำความสะอาดที่เพียงพอแล้ว อาจมีปัญหากิจวัตรประจำวันอื่นๆ เช่น นิสัยการกินที่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

2. **ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักรักษาความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มเครื่องนอน การจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักใช้ของใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้ถูกประเภทรักษาความสะอาดที่อยู่อาศัย (ปัด กวาด เช็ด ถู) การประกอบอาหาร เป็นต้น

3. **ทักษะทางสังคม** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาทของการเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ รู้จักสนใจตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้จักบทบาท สิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมตามสภาพแวดล้อม รู้จักการรับและการให้ที่เหมาะสม และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถ เป็นต้น

4. **ทักษะการทำงาน** ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงานหรืองานที่ได้รับมอบหมายและมีความร่วมมือในการทำงานกับผู้อื่น ให้มีสมาธิ มีความอดทนในการทำงาน รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

5. **ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬาในร่ม กีฬากลางแจ้ง การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

6. **ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน** ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคต่างๆ ในชุมชนอย่างถูกต้อง เช่น การใช้เงินอย่างถูกต้องและเหมาะสม ห้องน้ำสาธารณะ รวมทั้งการใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น กิจกรรมตามประเพณีและศาสนา มีความสามารถในการเดินทาง เป็นต้น

การปฏิบัติตัวของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภท มีปัจจัยที่สำคัญคือ ญาติ/ผู้ดูแล ถ้าญาติ/ผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ภาระของญาติ/ผู้ดูแลก็จะลดลง และผู้ป่วยก็สามารถอยู่ในชุมชนได้ ดังนั้นญาติ/ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับทัศนคติในเรื่องต่อไปนี้

1. ด้านความคิด

- ญาติต้องทำใจยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบาย และพาผู้ป่วยไปหาแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- จัดยาใส่กระปุก หรือมีตลับแบ่งยาในแต่ละวัน ใส่ยา ตามจำนวนมือ
- ญาติต้องรักผู้ป่วยอย่างจริงใจ

2. ด้านการจัดการกับอาการผิดปกติ

- ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการที่ผิดปกติ ต้องให้ความสำคัญและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์และถ้าไม่สามารถจัดการได้ให้ขอความร่วมมือจากตำรวจ
- เมื่อผู้ป่วยมีหูแว่ว ให้บอกผู้ป่วยว่าเป็นเสียงที่ไม่รู้จักอย่าไปสนใจ
- เมื่อเขาเครียด พุดสิ่งดีๆ ให้ฟังเขา

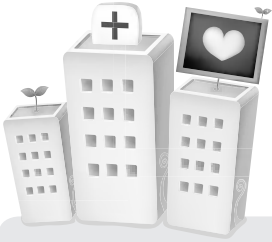
3. ด้านการจัดฝึกทักษะทางสังคม

เมื่อญาติพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้ว สามารถพาผู้ป่วยเข้าสังคมโดยชักจูงผู้ป่วยออกไปนอกบ้านด้วย เช่น ถ้าไปไหนพยายามพาผู้ป่วยไปด้วยให้ไปรับยาโดยญาติสอน

4. **ด้านการหาความรู้เพิ่มเติม** ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยโดยการหาความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของอาการ
5. **ด้านการสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย**
 - สนับสนุนและให้กำลังใจในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ
 - ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยพยายามลืมสิ่งที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยเริ่มต้นชีวิตใหม่
 - พยายามพาผู้ป่วย ออกจากเหตุการณ์บาดเจ็บทางใจต่างๆ
 - จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าญาติ
6. **ด้านการพัฒนาอาชีพ**
 - ให้ผู้ป่วยทำงานง่ายๆ
 - ใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาชีพในครอบครัว เช่น การชั่งของขาย การปลูกผักสวนครัว การเลี้ยงวัว ให้อาหารหมู
 - ให้ผู้ป่วย ช่วยงานที่บ้าน เช่น ยกของ ล้างจาน
 - ตัวอย่างของงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เช่น แบ่งของขาย ให้นำเงินไปฝากธนาคาร ช่วยทำงานในห้างร้าน แผนกที่ไม่ยุ่งยาก เช่น จัดเรียงสินค้า
7. **ด้านการสื่อสาร** โดยพูดกับผู้ป่วยอย่างไร้เพราะ ไม่ตำหนิ ไม่ขู่ ตัวอย่างคำถาม เช่น
 - นอนหลับมั้ย/ เครียดมั้ย/ อยู่ว่างๆ เบื่อมั้ย/ ลูกตื่นได้แล้ว สายแล้ว
 - จะเอาอะไร ให้บอก สอบถามให้ผู้ป่วยพูดปัญหา
 - คนป่วยทำผิดอย่าตำหนิ นิ่งเสีย หายโมโหค่อยบอก
 - เตือนผู้ป่วยให้กินยา โดยใช้คำพูดว่า กินยาหรือยังลูก
 - เวลาลูกไม่อาบน้ำ บอกว่า ใครมาบ้านจะเหม็นสาบ
 - ฝึกการสื่อสารเพื่อรับยา
 - การตอบสนองต่อท่าทางของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
 - ถ้าลูกฮึดฮัด โต้เถียง แม่บอกว่า ขอโทษ
 - เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร
 - ขอสัญญาว่าต่อไป จะปฏิบัติตัวอย่างไรแทนการตำหนิผู้ป่วย
 - ให้ขอความช่วยเหลือ โดยการเสนอตัวให้ความช่วยเหลือ สม่ำเสมอ
8. **ด้านการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง**
 - เมื่อญาติมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียดหรือพบจิตแพทย์
 - ควรเปลี่ยนบรรยากาศ คลายเครียด
 - มีความคิดว่า ทำวันนี้ให้ดีที่สุด อยู่กับปัจจุบัน ยึดธรรมะ

4.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางกฎหมาย³¹

ผลกระทบที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สูญเสียสิทธิที่ควรพึงมี พึงได้ ผู้ป่วย ญาติและผู้เกี่ยวข้องควรต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยยึดถือพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสังคมจากผู้มีความผิดปกติทางจิต มุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ป่วยคดี) ให้ได้รับการบำบัดรักษา และการคุ้มครอง โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน และผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็ได้รับการคุ้มครองด้วย(ดูรายละเอียดพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ในคู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ปี 2558)



บทที่ 5

การพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

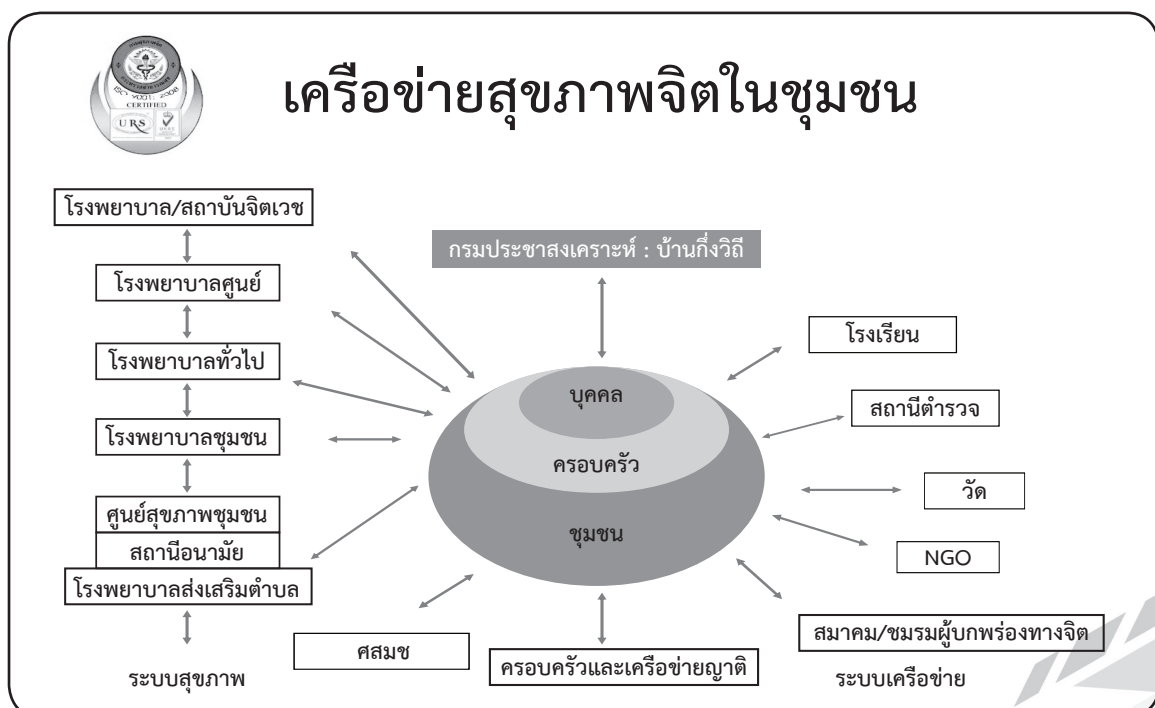
การดูแลต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มผลลัพธ์ในการใช้ชีวิตตามปกติของผู้ป่วยให้ดีที่สุด จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจะมีระดับการดูแลซึ่งมีทั้งผู้ป่วย คนในครอบครัวและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขมีบทบาทในการรักษา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำรวจ โรงเรียน วัด หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการอื่นๆ การดูแลจึงเป็นการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน และการดูแลที่สำคัญ เกิดในระดับของชุมชน มากกว่าส่วนอื่นๆ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่อง หมายถึง การเฝ้าระวัง ดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชภายใต้สิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยมีทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร่วมกับ อสม. ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อ

- ป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำ
- ประเมินปัญหาที่อาจทำให้อาการกำเริบซ้ำหรือขัดขวางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

5.1 การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน³¹ (ตามแผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน

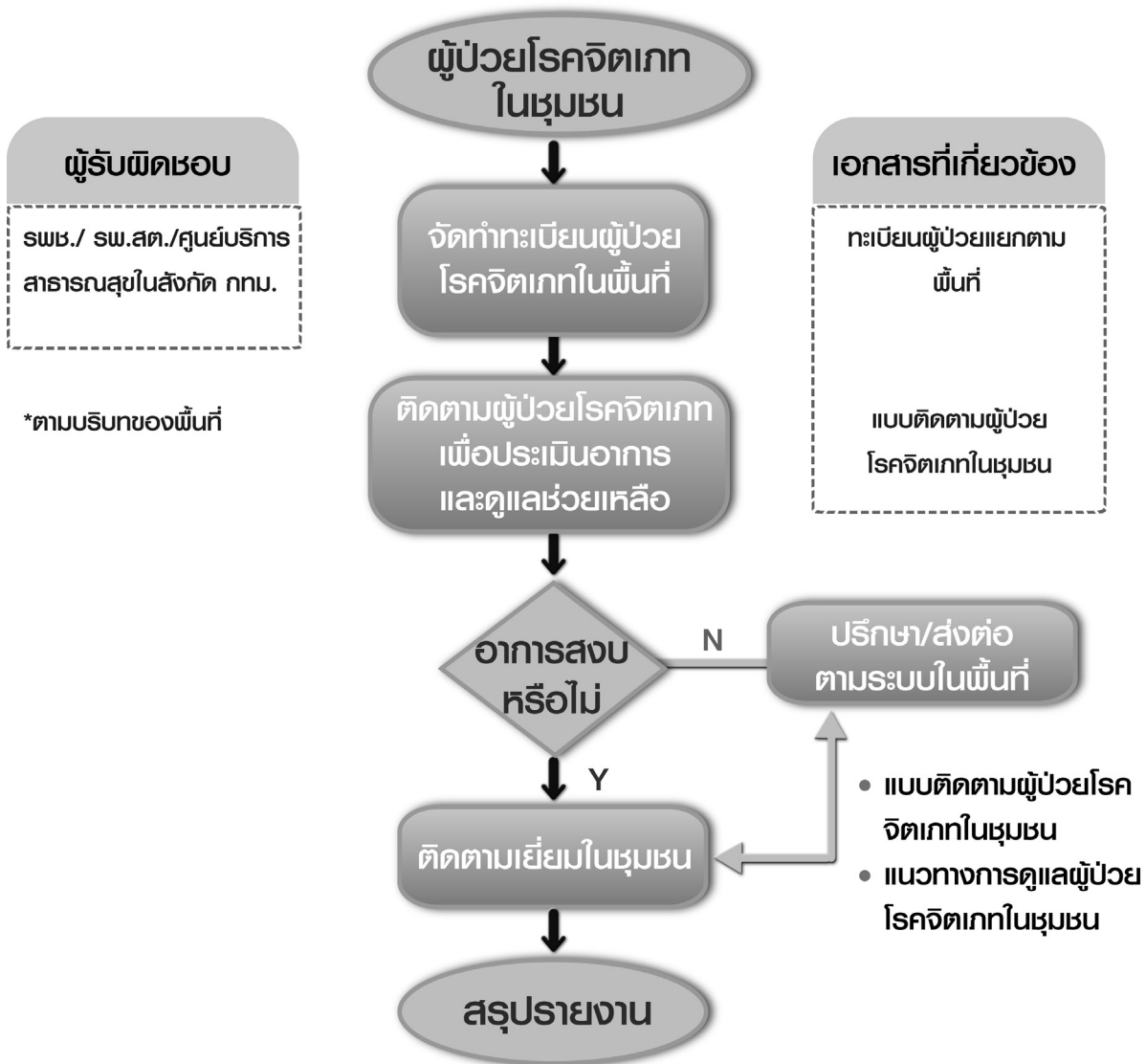


ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์/จิตแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์/บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ทำหน้าที่ประสานการดูแลให้ผู้ป่วยและเชื่อมโยงกับวิชาชีพอื่น ในการจัดการส่งต่อ ประสานงานการดูแลการวางแผนการดูแล/ฟื้นฟูสมรรถภาพ และปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนทำหน้าที่เฝ้าระวัง สังเกตอาการกำเริบและช่วยดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบ ประสานการส่งต่อรวมถึงสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูการใช้ชีวิต

แผนภูมิที่ 6 การติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน



ระบบการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

บทบาทพยาบาลและทีมสุขภาพ ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (ดูตามแผนภูมิที่ 6)

➤ แพทย์/จิตแพทย์

ประเมินการบำบัดรักษาและอาการของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

➤ ทีมจิตเวชและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

หมายถึง แพทย์/จิตแพทย์/พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชใน สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รพช./รพท./ศูนย์บริการสาธารณสุข ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นพี่เลี้ยง และที่ปรึกษา

➤ ทีมสุขภาพจิตชุมชน

ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช รพช./รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ในสังกัด กรุงเทพมหานคร

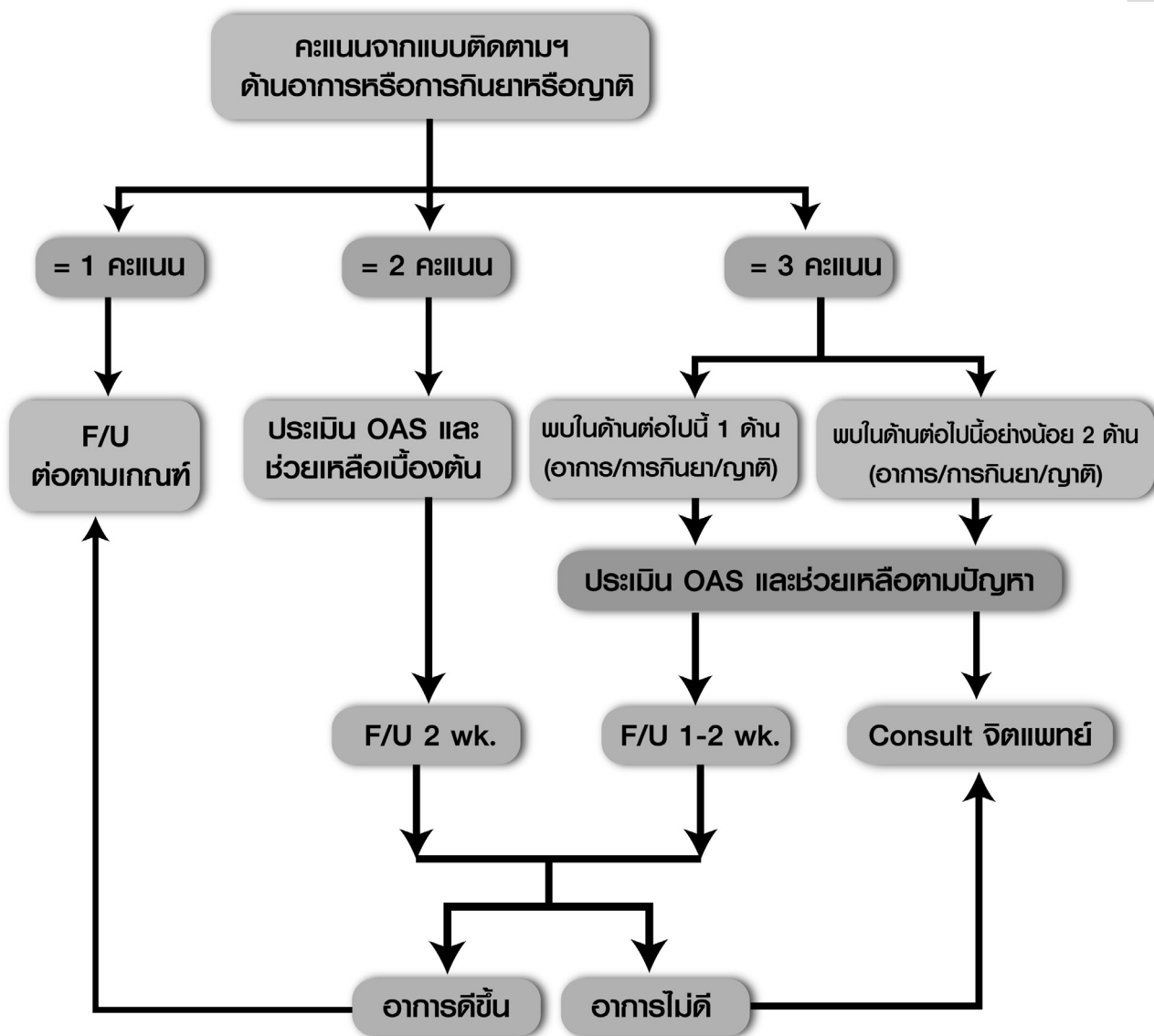
- รวบรวมและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภทแยกตามพื้นที่
- ติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนตามแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ภายในระยะเวลา 1 ปี จากญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ป่วย/รพ.สต.
- ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน
- กรณีพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบให้ปรึกษา/ส่งต่อตามระบบในพื้นที่ติดตามสรุปรายงานตามทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภท

➤ อสม./อสส./Caregiver

- เฝ้าระวังสังเกตอาการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/ความรุนแรง
- การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจญาติและผู้ป่วยโรคจิตเภท
- สร้างการยอมรับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
- ดูแลการกินยาต่อเนื่อง
- การส่งเสริมอาชีพ/รายได้

5.2 บทบาทพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care)^{31,32}

ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท 1 ปี โดยติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1 เดือน ตามแผนภูมิแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในชุมชน (แผนภูมิที่ 7) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรตามแนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมในชุมชน (ตารางที่ 14) และตามแนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมในชุมชน (ตารางที่ 15)



รายละเอียดคะแนนจากแบบติดตามเยี่ยมในชุมชน 9 ด้าน³²

1. ด้านอาการทางจิต

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| 1 คะแนน (ไม่มีอาการ) | หมายถึง | ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้ |
| 2 คะแนน (มีบ้าง) | หมายถึง | ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน |
| 3 คะแนน (มีบ่อย) | หมายถึง | ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน |

2. ด้านการกินยา

- | | | |
|-----------------------|---------|---|
| 1 คะแนน (สม่ำเสมอ) | หมายถึง | การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง |
| 2 คะแนน (ไม่สม่ำเสมอ) | หมายถึง | รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์
แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา |
| 3 คะแนน (ไม่กินยา) | หมายถึง | ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ |

3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ

- | | | |
|--------------------|-----|---|
| 1 คะแนน (ดี) | คือ | มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล |
| 2 คะแนน (ปานกลาง) | คือ | มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว |
| 3 คะแนน (ปรับปรุง) | คือ | ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ |

4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน

- | | | |
|---------------------|---------|---|
| 1 คะแนน (ทำได้) | หมายถึง | ผู้ป่วย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง |
| 2 คะแนน (ทำได้บ้าง) | หมายถึง | ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ |
| 3 คะแนน (ทำไม่ได้) | หมายถึง | ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เลย |

5. ด้านการประกอบอาชีพ

- | | | |
|---------------------|---------|--|
| 1 คะแนน (ทำได้) | หมายถึง | ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง |
| 2 คะแนน (ทำได้บ้าง) | หมายถึง | ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น |
| 3 คะแนน (ทำไม่ได้) | หมายถึง | ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย |

6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

- | | | |
|--------------------|-----|--|
| 1 คะแนน (ดี) | คือ | ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่ |
| 2 คะแนน (ปานกลาง) | คือ | ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบ การดุด่า ตักเตือน ตำว่า บางครั้ง |
| 3 คะแนน (ปรับปรุง) | คือ | ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ดุถูก ตำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง |

7. ด้านสิ่งแวดล้อม

- | | | |
|--------------------|-----|---|
| 1 คะแนน (ดี) | คือ | มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง |
| 2 คะแนน (ปานกลาง) | คือ | มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัวอยู่คนเดียวหรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว |
| 3 คะแนน (ปรับปรุง) | คือ | ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน |

8. ด้านการสื่อสาร

- 1 คะแนน (ดี) คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้
- 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว
- 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย

9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

- 1 คะแนน (ดี) คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้
- 2 คะแนน (ปานกลาง) คือ สอนซ้ำๆจึงสามารถทำตามได้
- 3 คะแนน (ปรับปรุง) คือ สอนเท่าไรก็ จำไม่ได้ ทำไม่ได้

หมายเหตุ เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1-9 (เพื่อพิจารณาภาวะผู้ป่วย)

เดือนที่ 6 หากพบว่า เท่ากับ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน

9 คะแนน ให้ส่ง โรงพยาบาลชุมชนเพื่อประเมินความพิการด้วย
แบบประเมินตาม ICF

เดือนที่ 2, 3, 4 และ 5 ประเมิน 1- 4 ด้าน (เพื่อประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ)

เดือนที่	ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4	ด้านที่ 5	ด้านที่ 6	ด้านที่ 7	ด้านที่ 8	ด้านที่ 9
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓					
3	✓	✓	✓	✓					
4	✓	✓	✓	✓					
5	✓	✓	✓	✓					
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 14 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรตามแบบติดตามเยี่ยมในชุมชน³²

ผลการประเมิน ญาติดี-ยาดี		
บทบาทหน้าที่	ญาติดี	ยาดี
อสม.	- ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติผู้ป่วย	โดยการพูดคุย สอบถามการรับประทานยา การมารับยาตามนัดและฤทธิ์ข้างเคียงของยา
รพ.สต.	- สุขภาพจิตศึกษาญาติ โดยให้ความรู้เรื่อง โรคยา อาการเตือน โดยให้ความสำคัญกับการรับประทานยาต่อเนื่อง	ให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ โดยให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน เข้าใจและตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่อง
รพช.	- สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาการเตือน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจ และตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่อง - การจัดการความเครียดของญาติ	การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมิน ญาติไม่ดี - ยาดี และ ญาติดี - ยาไม่ดี		
บทบาทหน้าที่	ญาติไม่ดี - ยาดี	ญาติดี - ยาไม่ดี
อสม.	- ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติผู้ป่วย	- เผื่อระวังอาการกำเริบของผู้ป่วย ประสานให้ข้อมูล รพ.สต.
รพ.สต.	- ให้การปรึกษารายบุคคล/ กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในญาติ - กิจกรรมคลายเครียด - ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประจําสำหรับญาติ	- เน้นการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน (ADL : Activity of daily living) - สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง - ทักษะการดูแลตนเอง - ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน - ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม - ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ - ทักษะการทำงาน
รพช.	- ให้การปรึกษารายบุคคล/ กลุ่ม - สุขภาพจิตศึกษาในญาติ - กิจกรรมคลายเครียด - ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ลด stigma - กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประจําสำหรับญาติ	- สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง - ทักษะการดูแลตนเอง - ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม
ผลการประเมิน ญาติไม่ดี - ยาไม่ดี		
บทบาทหน้าที่	ญาติไม่ดี	ยาไม่ดี
อสม.	- ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติผู้ป่วย	- ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจญาติผู้ป่วย
รพ.สต.	- ให้การปรึกษารายบุคคล/ กลุ่ม - กิจกรรมคลายเครียด - ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ลด stigma - กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประจําสำหรับญาติ	- สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา - ลงเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อม - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - บริการจิตสังคมบำบัดตามสภาพปัญหา - ประสานเครือข่ายเพื่อปรับทัศนคติและให้ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในชุมชน
รพช.	- ให้การปรึกษารายบุคคล/กลุ่มแก่และครอบครัว - กลุ่มจิตสังคมบำบัดระดับประจําญาติ - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ลด stigma - ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช	- สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา - ให้การปรึกษารายบุคคล / กลุ่มแก่ผู้ป่วย - บริการจิตสังคมบำบัดตามสภาพปัญหา - ติดตามเยี่ยมบ้าน - ประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติในชุมชนเพื่อเตรียมชุมชน - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ลด stigma

ตารางที่ 15 แนวปฏิบัติการติดตามเยี่ยมในชุมชน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (F20) 1 ปี โดยติดตามเยี่ยมครั้งแรกภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยหลัก ได้รับการรักษา ผลคะแนนจากแบบติดตามฯ ด้านอาการหรือการกินยาหรือญาติที่ได้ มีการปฏิบัติ ดังนี้

ผลการประเมิน	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
ด้านที่ 1 (อาการ) หรือ ด้านที่ 2 (การกินยา) หรือ ด้านที่ 3 (ญาติ)	1 คะแนน	- ติดตามอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	อสม./รพ.สต.
	2 คะแนน	- ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามปัญหา - เฝ้าระวังอาการกำเริบ และหากอาการไม่ดีขึ้นให้พบแพทย์ที่รพ.ในพื้นที่ - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์และ - หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์	รพ.สต./รพช.
	3 คะแนน	- ให้การช่วยเหลือตามปัญหา - เฝ้าระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์และ - หากอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์	รพ.สต./รพช./ รพศ./รพจ.
พบอย่างน้อย 2 ด้าน (อาการ/การกินยา/ญาติ)	3 คะแนน	- ให้การช่วยเหลือตามปัญหา - เฝ้าระวังอาการกำเริบอย่างใกล้ชิด และ - ส่งต่อหรือส่งปรึกษากับจิตแพทย์ - ติดตามเยี่ยมอย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์	รพ.สต./รพช./ รพศ./รพจ.
ด้านที่ 1-9 ในเดือนที่ 6		≤ 9 คะแนนควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน > 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมิน ICF	รพ.สต. รพช.

หมายเหตุ : การประเมินด้านที่ 1-4 ประเมินทุกเดือน

(โดยด้านที่ 4 เป็นการประเมินสมรรถนะเพื่อวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยเบื้องต้น)

การช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเบื้องต้น

1. ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
2. กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ รับประทานอาหาร
3. การอยู่อาศัยในครัวเรือน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดและทำความสะอาดพื้น การทำความสะอาดถ้วยชามหลังกินข้าว การซักผ้า ทิ้งขยะ ซักเสื้อผ้า และการขับถ่ายให้เป็นที่เป็นทาง
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย
5. สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. สื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ
2. มอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ให้โอกาสและอิสระกับผู้ป่วยในการเลือกกิจกรรม
3. ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาสและเทศกาล

5.3 การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery Model)³³

ปัจจุบันหลายประเทศได้นำแนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนจากการเน้นที่อาการทางจิตมาเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับตนเองเพื่อที่จะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างสร้างสรรค์

การคืนสู่สภาวะ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก เป้าหมาย ทักษะ รวมทั้งบทบาทของตนเองที่เป็นส่วนตัวไม่เหมือนกับใคร เป็นวิถีชีวิตที่มีความพึงพอใจ ความหวังและการแบ่งปันแก่ผู้อื่น แม้จะมีความจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ขั้นตอนของการคืนสู่สภาวะ

- การยอมรับการเจ็บป่วย
- สร้างความหวัง ค้นหาเป้าหมาย
- พัฒนาตัวตนใหม่
- สร้างความรับผิดชอบในตนเอง
- ต่อสู้อุปสรรคและปัญหา
- มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

เส้นทางการคืนสู่สภาวะ มีความเกี่ยวข้องกับความพยายามในการจัดการกับอาการที่เป็นอยู่และขีดจำกัดของการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล ในขณะที่หาเส้นทางสู่ชีวิตที่มีความหมายและความสมบูรณ์แบบของจิตสำนึกที่มีคุณค่า บุคคลนั้นจะเคลื่อนไปตามวิธีการคืนสู่สภาวะ ผ่านประสบการณ์มากมายทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

การคืนสู่สภาวะ (Recovery)³³ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. Hope เชื่อในผู้ป่วยก่อนว่าเขาทำได้/ สร้างระบบที่เอื้อต่อ hope/ Peer support
2. Identity เป็นคุณลักษณะที่บอกความเป็นตัวตน และเป็นที่รู้จักของคน
3. Meaning
 - ความหมายโดยตรง คือความเข้าใจที่เกิดจากการสัมผัส รับรู้ประสบการณ์การป่วยของคนอื่นๆ นั้น
 - ความหมายโดยอ้อม เป็นบูรณาการจากความหมายโดยตรงมาสู่อัตลักษณ์ส่วนบุคคลและอัตลักษณ์ทางสังคม
4. ความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นค่านิยม ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมของตนเองที่ทำให้ตัวเองได้ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ จากการเจ็บป่วย การตอบสนองของคนอื่น บริการทางสุขภาพจิตและสังคมกว้างมีผลต่อความสามารถที่จะรับผิดชอบต่อชีวิต

ดังนั้นการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model) จึงเป็นกระบวนการที่บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิตได้โดยที่เขายังสามารถบรรลุเป้าหมายอื่นๆของชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตที่รักษาไม่หายขาดก็ตาม โดยมีเส้นทาง ดังนี้

1. Developing a positive identity คือกระบวนการที่มีการสร้างเงื่อนไขให้มีความเป็นไปได้ที่จะรับรู้ถึงและแยกแยะความแตกต่างระหว่างการเป็นคนกับการเป็นโรค
2. Framing the "Mental illness" เป็นการให้ความหมายว่า การป่วยเป็นเพียงส่วนหนึ่งไม่ใช่ทั้งหมดของชีวิต ยอมรับการป่วยแล้วบูรณาการประสบการณ์การป่วยไปสู่อัตลักษณ์ใหม่
3. Self managing the mental illness มีเป้าหมายของการป่วย ปรับตัวกับมันได้ ให้ความหมายกับมันใหม่ ลดความสำคัญของมันลง ไม่ให้มาขัดขวางสิ่งที่สำคัญกว่าในชีวิต โดยการรับผิดชอบให้ตนเอง มีสุขภาพที่ดี หาความช่วยเหลือและการสนับสนุนเมื่อจำเป็น เข้มแข็ง มีความยืดหยุ่น มีความหวัง
4. Developing valued social roles การมี positive identity เป็นพื้นฐานที่สำคัญ การมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ชอบที่จะมีความคิดเป็นของตนเอง พอใจในสิ่งที่ตนทำ และรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม

เมื่อได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model) ฉะนั้นงานของบุคลากรทีมสุขภาพจิต ก็คือ

1. Supporting hope
2. Supporting identity
3. Supporting meaning
4. Supporting personal responsibility

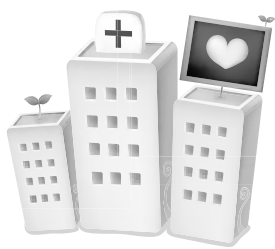


เอกสารอ้างอิง

1. นันทิกา ทวิชาชาติ, ปรีชา อินโท, ธงชัย ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.จดหมายเหตุทางการแพทย์ฯ 2544:84 (ฉบับพิเศษ1) : S118-S126
2. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรพรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46(4);335-343.
3. Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. Canadian Journal of Psychiatry, 49, 564-569
4. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 382(9904), 1575-1586.
5. Murray CJL & Lopez AD. The Global Burden of Disease. Harvard University Press, 1996.
6. McEvoy, J. P., Lieberman, J. A., Stroup, T. S., Davis, S. M., Meltzer, H. Y., Rosenheck, R. A., ...& Severe, J. (2006). Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. American Journal of Psychiatry.
7. Liberman RP, Falloon IRH, Wallace CJ. Drug – psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia. In: Marabi M, Ed. The Chronic Mentally Ill: Research and Services. New York: SP Medical and Scientific Books, 1984.
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization. 1993.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. P.87-122.
10. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย.(2554) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ ; สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. มาโนช หล่อตระกูล. (2538). การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. Holistic Publishing กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1
12. เอกสารประกอบการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (2553)

13. นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2558) การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2558
14. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. แนวทางรักษาโรคจิต: แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ปิยอนต์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.2544; 67-90.
15. America Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, Second Edition. American Journal of Psychiatry, February, 2004.
16. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2552) ชุดความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท : สุขภาพจิตศึกษา
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551) ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท(ฉบับปรับปรุง, 2551)
18. อนงค์นุช ศาโศรก (2554) การสร้างความร่วมมือการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม 2554
19. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. (2551) คู่มือการทำกลุ่มเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีส่วนร่วมในการรับประทานยา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม.
20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2541).เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท, นนทบุรี สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
21. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต (2551). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับพยาบาล รพท./ รพช. กระทรวงสาธารณสุข.
22. สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ. (2557) คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช.ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2557.
23. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.(2536) มาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพ: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์
24. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2553) มาตรฐานการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพ: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์
25. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (มปป).(2540) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คู่มือและเครื่องมือ.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558). คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหา ด้านจิตเวช สำหรับพยาบาล โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรและสหกรณ์กรุงเทพมหานคร
27. โรงพยาบาลศรีธัญญากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต.นนทบุรี: ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา.

28. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. (2549) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการสาธารณสุข
29. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.(2550) แนวปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่ชุมชน โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร
30. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2555).คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF.
31. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558). คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงปี 2558) โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรและสหกรณ์กรุงเทพมหานคร
32. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ล่าสุด 08 02 2559 (1).doc 2/24/2016 3:46:00 PM (edited: chaleemas.t@nhso.go.th)
33. เอกสารประกอบการประชุม โรงพยาบาลศรีธัญญาดกรมสุขภาพจิต (2559). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery Model)

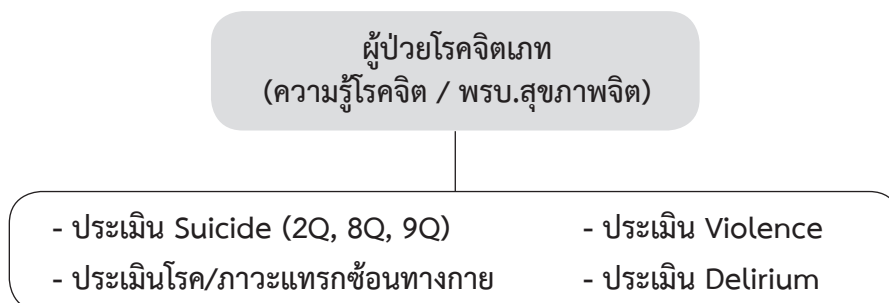


ภาคผนวก

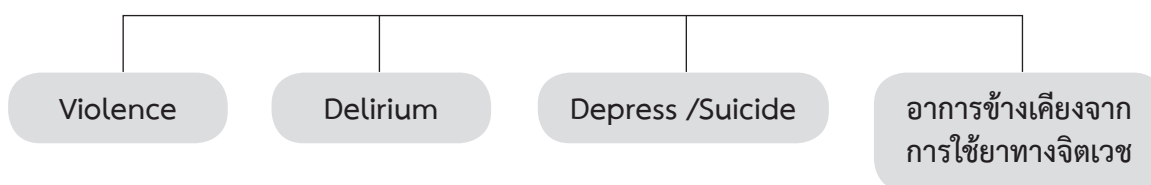
ภาคผนวกที่ 1

กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข

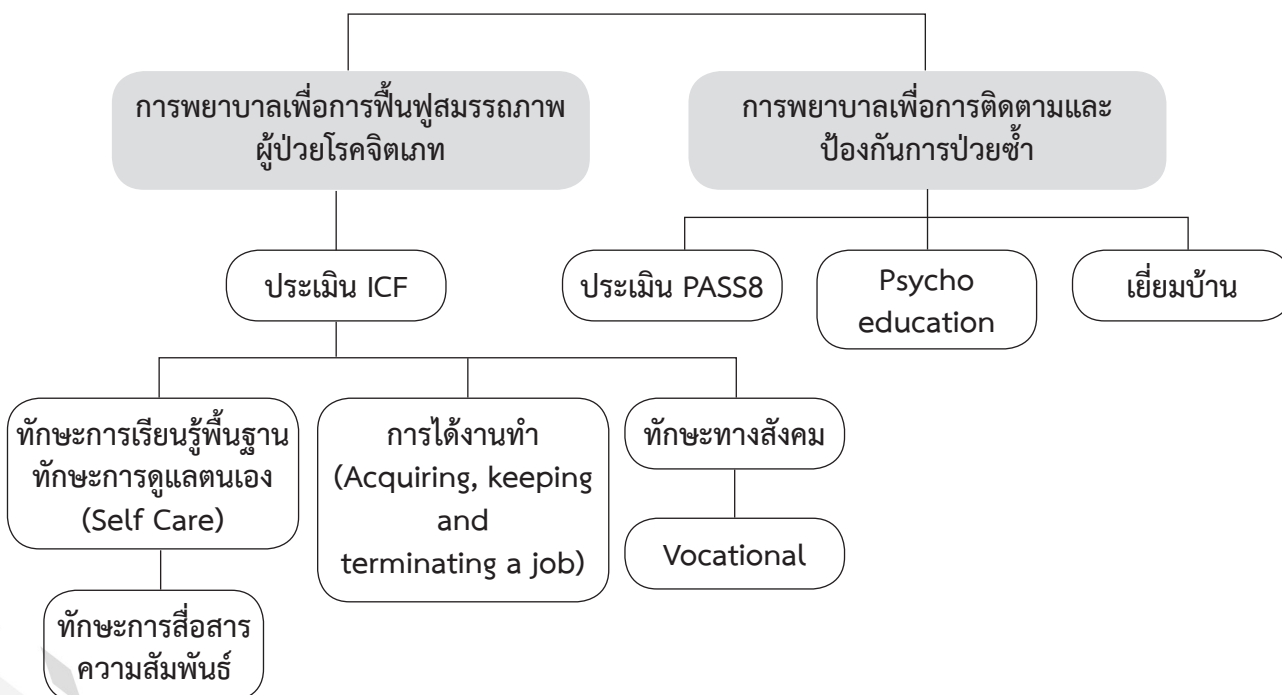
1. การสัมภาษณ์ประวัติและประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภท



2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลัน (Acute Phase)



3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะอาการสงบ (Maintenance Phase)



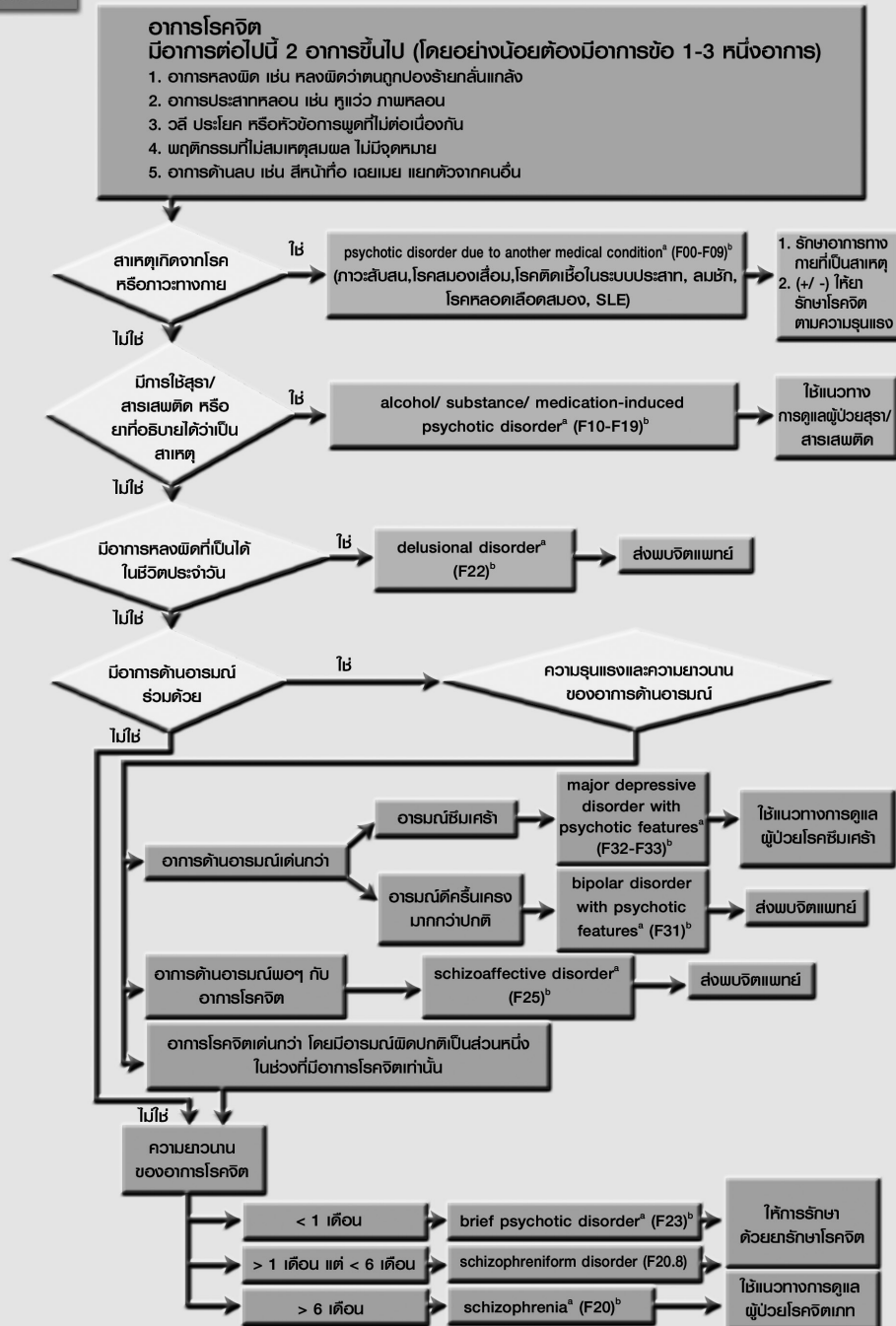
ภาคผนวกที่ 2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับแพทย์



^a การวินิจฉัยตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th ed (DSM-5)

^b การวินิจฉัยตามเกณฑ์ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

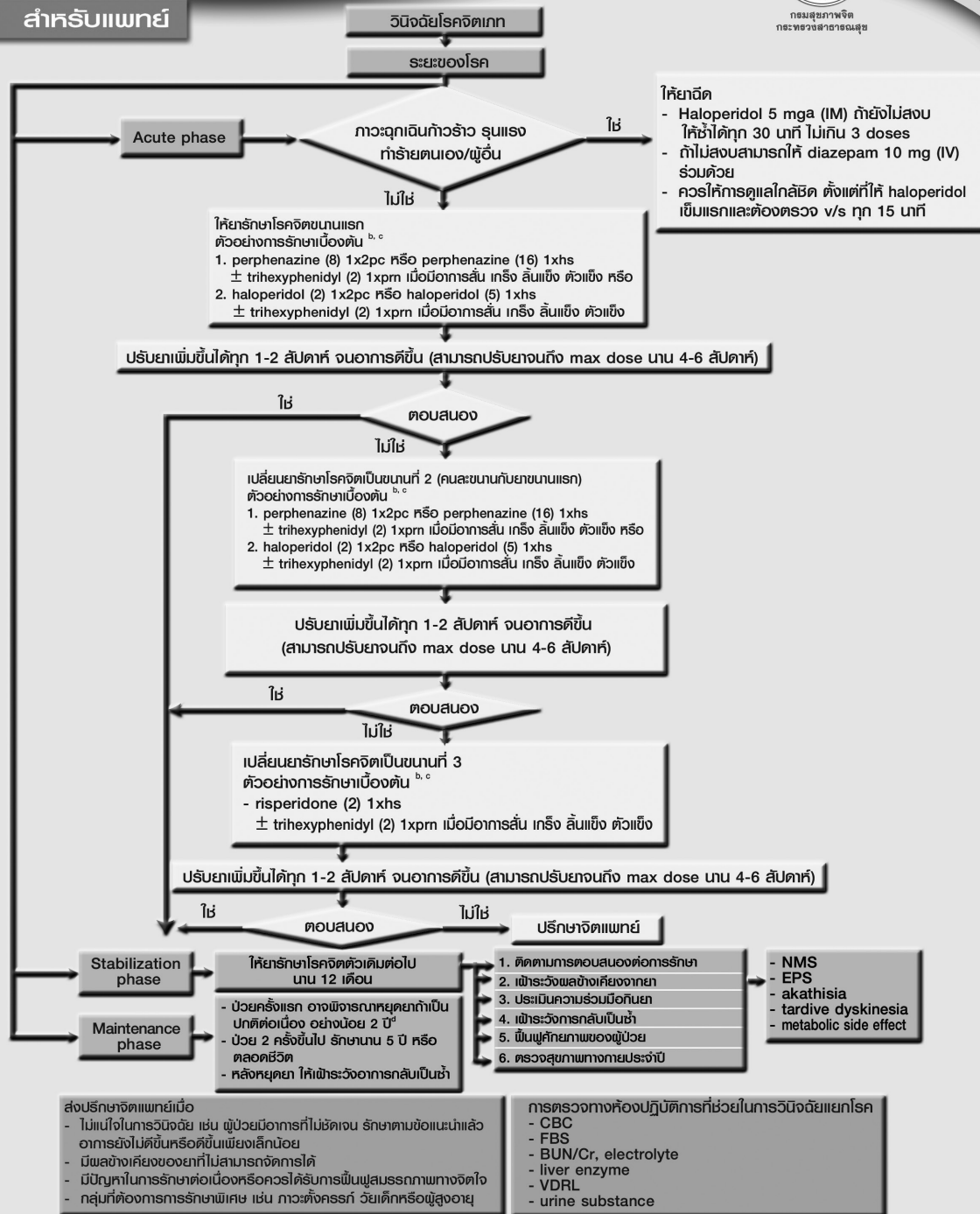
ภาคผนวกที่ 3

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท



สำหรับแพทย์



a กรณีผู้ป่วย/ผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมอง/ผู้ที่มีประวัติโรคจิตเภท extrapyramidal side effects ควรลดขนาดยา haloperidol ลงครึ่งหนึ่งจากขนาดยาทั่วไปที่ได้รับ

b สามารถปรับขนาดยาตามอาการโรคจิตและ/หรืออาการทางกายของยาการรักษาโรคจิต

c ถ้านอนไม่หลับสามารถให้ diazepam (5mg) 1 tablet prn for insomnia หรือ lorazepam (1mg) 1 tablet ☉ prn for insomnia

d เมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว ลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

ผลิตโดย สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

ภาคผนวกที่ 4

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่	0	1
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	0	1

การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ
- “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

ภาคผนวกที่ 5

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็น บางวัน 1-7 วัน	เป็น บ่อย >7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนน	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
รวม ≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย และส่งพบแพทย์ รวมคะแนน

ภาคผนวกที่ 6

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

คำชี้แจง : โปรดเลือกคำตอบที่ตรง/ใกล้เคียงกับความรู้สึกจริงของท่านมากที่สุด (โปรดตอบให้ครบทุกข้อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนึกคิด ดังข้อคำถามต่อไปนี้หรือไม่

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมาผม/ทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตาย...ที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

***** หมายเหตุ** ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

คะแนน ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

ภาคผนวกที่ 7

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

(Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression: OAS)

คำแนะนำ : แบบประเมินชุดนี้ ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยต่อ ตนเอง หรือ ต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำ หรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมิน พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมิน และให้คะแนน ตามลำดับที่ประเมินได้

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ ประเมินได้
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 0	
1. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเอง	ทำร้ายตัวเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออกหรือมีการ บาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีด ตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก		ไม่พบ	
2. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูดและ แสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เค็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของ อวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผม ผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียง ดังตะโกนด้วย ความโกรธหรือ ตะโกนด่าผู้อื่น ด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง	ไม่พบ	
3. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง ต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจกขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็น อันตราย หรือ จุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้างปา/ เตะ/ ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียง ดังรื้อข้าวของ กระจัดกระจาย	ไม่พบ	

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับนี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟู (convalescent) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่มหนัก (semi-critical) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช
- คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก (critical) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

ภาคผนวกที่ 8

แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา AWS

AD 2-2 : แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ AWS

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)		ชื่อ:.....อายุ.....HN:.....ตึก:.....เพศ: ชาย หญิง											
วันที่ตรวจครั้งสุดท้าย:/...../.....		วันที่											
เวลา.....AM/PM		เวลา											
เหงื่อ	0 ไม่มีเหงื่อ												
	1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ												
	2 ฝ่ามือขึ้น มีเม็ดเหงื่อตามใบหน้า ตามตัว												
	3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว												
	4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก												
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น												
	1 สั่นเฉพาะเวลาขึ้นมือไปจับสิ่งของ												
	2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา												
	3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา												
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล												
	1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ												
	2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย												
	3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก												
	4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้/ panic												
กระสับกระส่าย	0 ปกติ												
	1 จุกจิก อยู่ไม่นิ่ง												
	2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้												
	3 กระสับกระส่ายมาก พักได้ช่วงสั้นๆ												
	4 กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้												
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0°C หรือน้อยกว่า												
	1 อุณหภูมิ 37.1°C ถึง 37.5°C												
	2 อุณหภูมิ 37.6°C ถึง 38.0°C												
	3 อุณหภูมิ 38.1°C ถึง 38.5°C												
	4 อุณหภูมิ 38.6°C หรือมากกว่า												
ประสาทหลอน V = ภาพหลอน T = มีอะไรได้ตามตัว A = หูแว่ว	0 ไม่มี											Scale (mm)	
	1 มีบ้าง แต่รู้ตัว												
	2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง												
	3 มีบ่อย ๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน												
	4 ไม่รู้ว่าเป็นความจริง												
การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี											1	
	1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา												
	2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา และสถานที่												
	3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่และบุคคล												
	4 เสียการรับรู้												
คะแนนรวม AWS												2	
ความดันโลหิต												3	
ชีพจร													
อัตราการหายใจ													
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่น รู้ตัวดี พึงคำสั่งได้											4	
	2 สับสน ตอบสนองต่อสิ่ง												
	3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด												
	4 Semi-comatose 5 Comatose												
Pupils + reacts - no reaction												5	
B brisk S Sluggish													
Size in mm													
Reaction													
ยาที่ให้เพิ่ม													
Nurse Initials													

ภาคผนวกที่ 9

แบบบันทึกติดตามอาการก่อนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ CIWA-Ar

AD 2-1: แบบบันทึกติดตามอาการก่อนพิษสุรารายบุคคลด้วยเครื่องมือ CIWA-Ar

CIWA-Ar		ชื่อ:.....อายุ.....HN:.....ตึก:.....เพศ: ชาย หญิง							
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย:/...../.....		วันที่							
เวลา:.....AM/PM		เวลา							
คลื่นไส้อาเจียน	0 ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน 4 คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร 1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 7 คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย								
การรับสัมผัสผลิตภัณฑ์	0 ไม่มี 1 คื่นชอุบิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อยมาก 2 คื่นชอุบิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อย 3 คื่นชอุบิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นปานกลาง 4 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5 มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6 มีประสาทหลอนทางสัมผัสรุนแรงมาก 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา								
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 4 ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 7 รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน 1 ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วและนิ้วมือมีอาการสั่น								
การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ	0 ไม่มีเสียง 2 เสียงระคายหูหรือทำให้กัวน้อย 4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 5 มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก 6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน 7 มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา 1 เสียงระคายหูหรือทำให้กัวเล็กน้อย 3 เสียงระคายหูหรือทำให้กัวปานกลาง								
อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ	0 ไม่เห็นเหงื่อ 4 เห็นเหงื่อเป็นเม็ด ๆ ชัดบริเวณหน้าผาก 7 เหงื่อแตกทั่วตัว 1 ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก , ผ้ามืดขึ้น								
การรับรู้ทางตาผิดปกติ	0 ไม่มี 2 วัตถุแสงกว่าปกติเล็กน้อย 4 อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5 อาการประสาทหลอนรุนแรง 6 อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา 1 วัตถุแสงกว่าปกติเล็กน้อย 3 วัตถุแสงกว่าปกติปานกลาง								
อาการวิดกกังวล	0 ไม่กังวล, ผ่อนคลาย 4 กังวลปานกลาง หรือวิตกกังวลให้สงสัยว่าน่าจะมี 7 ตระหนักกลัวรุนแรงมาก 1 กังวลเล็กน้อย								
ปวดหัว มึนตื้อ	0 ไม่มี 3 ปานกลาง 6 รุนแรงมาก 1 มีน้อยมาก 4 ค่อนข้างรุนแรง 7 รุนแรงที่สุด 2 มีน้อย								
อาการกระวนกระวาย	0 พฤติกรรมปกติ 4 ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 7 เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย 1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย								
การรับรู้เรื่องเวลาสถานที่	0 ตอบได้ตรง 2 ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 4 ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล 1 ไม่แน่ใจเรื่องวัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน								
คะแนนรวม CIWA-Ar									
ความดันโลหิต									
ชีพจร									
อัตราการหายใจ									
ขาที่ให้เพิ่ม									
Nurse Initials									

ภาคผนวกที่ 10

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายผู้ป่วยจิตเวชก่อนส่งมาตรวจที่โรงพยาบาลจิตเวช

ชื่อผู้ป่วย..... ส่งมาจาก.....

() ผู้ป่วยใหม่ () ผู้ป่วยจิตเวชเก่าที่.....

ประวัติที่ควรสงสัยภาวะอันตรายทางกาย (ให้ทำเครื่องหมาย X ในวงเล็บหากมีโปรดระบุนายละเอียดด้านล่าง)

- () ไม่มี () มี ได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรงโดยเฉพาะอุบัติเหตุที่ศีรษะ
- () ไม่มี () มี ทำร้ายตัวเองเช่นแขวนคอกระโดดจากที่สูงจมน้ำ
- () ไม่มี () มีกินยาเกินขนาดหรือกินสารพิษ
- () ไม่มี () มีถูกผู้อื่นทำร้ายด้วยวิธีที่รุนแรง
- () ไม่มี () มีอาการทางระบบประสาทเช่นปวดศีรษะอาเจียนเห็นภาพซ้อนชักแขนขาอ่อนแรงเซ
ปัสสาวะ/อุจจาระราด
- () ไม่มี () มีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือดเช่นเจ็บหน้าอกหอบเหนื่อย
- () ไม่มี () มีอาการของระบบการหายใจเช่นหายใจลำบากหายใจมีเสียงวี๊ดไอเป็นเลือด
- () ไม่มี () มีอาการของระบบทางเดินอาหารเช่นปวดท้องมากอาเจียนกินไม่ได้อาเจียนเป็นเลือด
ถ่ายเป็นเลือดถ่ายดำ
- () ไม่มี () มีอาการของภาวะติดเชื้อเช่นมีไข้หนาวสั่น

รายละเอียด.....

การตรวจร่างกาย (หากผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด)

() ปกติ () ผิดปกติ

1. Vital signs: BP, T, RR, PR.....

() ปกติ () ผิดปกติ

2. General Appearance.....

() ปกติ () ผิดปกติ

3. HEENT.....

() ปกติ () ผิดปกติ

4. Heart.....

() ปกติ () ผิดปกติ

5. Lungs.....

() ปกติ () ผิดปกติ

6. Abdomen.....

() ปกติ () ผิดปกติ

7. Extremities.....
() ปกติ () ผิดปกติ

8. บาดแผลภายนอกที่ตรวจพบ.....

การตรวจทางระบบประสาท (หากผิดปกติโปรดระบุรายละเอียด)

() ปกติ () ผิดปกติ

1. Consciousness.....
() ปกติ () ผิดปกติ

2. Orientation to time, place, person
() ปกติ () ผิดปกติ

3. Pupil / Nystagmus.....
() ปกติ () ผิดปกติ

4. Motorpower.....
() ปกติ () ผิดปกติ

5. Gait.....
() ปกติ () ผิดปกติ

6. Meningeal sign.....
() ปกติ () ผิดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (หากผิดปกติโปรดระบุรายละเอียด)

() ปกติ () ผิดปกติ

1. CBC.....
() ปกติ () ผิดปกติ

2. Electrolyte.....
() ปกติ () ผิดปกติ

3. Random blood glucose.....
() ปกติ () ผิดปกติ () ไม่สามารถตรวจได้

4. Liver function test.....
() ปกติ () ผิดปกติ

5. ผลตรวจอื่นๆ ที่พิจารณาร่วมกับประวัติการตรวจร่างกายแล้วบ่งชี้ว่ามีภาวะอันตรายทางกาย
.....
.....

แพทย์/ ผู้ประเมิน.....

หากพบประวัติการตรวจร่างกายหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น่าสงสัยว่าอาจมีภาวะอันตรายทางกาย
โปรดให้แพทย์ทางกายทำการตรวจรักษาโรคทางกายให้ปลอดภัยก่อนส่งผู้ป่วยมารักษาทางจิตเวชที่หน่วยงานของ
กรมสุขภาพจิต

ตัวอย่างของความผิดปกติได้แก่

- ❖ Vital signs : T > 38°C/ PR > 100/ min หรือ < 60/ min/ RR > 24/ min/ BP > 160/ 100 mmHg หรือ < 90/ 60 mmHg
- ❖ General Appearance : ลักษณะร่างกายผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น ร่างกายทรุดโทรมมากอ่อนเพลีย ซีด เหลือง หรือมี deformity
- ❖ บาดแผล : มี Active bleeding หรือ แผลติดเชื้อ
- ❖ Heart and lungs : พบ acute cardiovascular problems หรือ acute respiratory problem (Status asthmaticus)
- ❖ Abdomen : พบภาวะ acute abdomen
- ❖ Abnormal neurological sign : เช่น ชักอ่อนแรงเดินเซ
- ❖ Alteration of consciousness : เช่น coma score < 9/ เรียกไม่ตอบสนอง/ งุนงง
- ❖ Disorientation : เช่น หลงเวลาไม่รู้สถานที่หรือจำคนรู้จักไม่ได้
- ❖ Abnormal neurological signs : Ataxia, Nystagmus, Paralysis (Status Epilepticus, NMS)
- ❖ Hyponatremia : (Na< 120 mEq/ L)
- ❖ Hypoglycemia : (BS< 60 mg/ L) และ Hyperglycemia (BS> 300 mg/ L)
- ❖ Hyperkalemia : (K> 5 MEq/ L)
- ❖ หรือประวัติการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่ามีภาวะอันตรายทางกาย
 - Metabolic imbalance Na< 120 MEglc, K< 3 MEglc, Diabetic Ketoacidosis, BS> 240 mg%

ภาคผนวกที่ 11

แบบประเมินความพิการทางจิต กรมสุขภาพจิต

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....วันที่ประเมิน.....
การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่.....

1. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

1. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำได้
2. สอนซ้ำๆจึงสามารถทำได้
3. สอนเท่าไร จำไม่ได้ และทำไม่ได้

2. ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวัน

1. สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
2. ต้องกระตุ้นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน
3. ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

3. การช่วยเหลือทำงานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

1. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
2. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
3. ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน

4. ความสามารถในการเข้าสังคม

1. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
2. สนทนเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
3. ไม่ยุ่งกับใครหรือชอบแยกตัว

5. ความสามารถในการสื่อสาร (เหมาะสมกับอายุ)

1. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้
2. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว
3. ไม่พูดกับใครเลย

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียนรู้

6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ

1. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
2. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
3. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

6.2 ความสามารถในการเรียน (กรณีกำลังเรียนหนังสือ)

1. เรียนได้
2. เรียนได้แต่ลำบาก
3. เรียนไม่ได้

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....คะแนน

ชื่อผู้ประเมิน.....วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความพิการทางจิตกรมสุขภาพจิต

1. แบบประเมินนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคทางจิตเวชเป็นการประเมินเฉพาะความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก และความพิการทางสติปัญญา ที่ใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ใช่แบบประเมินอาการทางจิต (Symptoms Checklist) จึงต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมตามวัยของผู้ถูกประเมินด้วย สำหรับข้อที่ 6 ให้เลือกตอบ ถ้าเป็นผู้ใหญ่ให้ทำข้อ 6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ ถ้าเป็นเด็กให้ทำข้อ 6.2 ความสามารถในการเรียน

2. อธิบายคำจำกัดความของแต่ละข้อ เพื่อความชัดเจนในการประเมิน ดังต่อไปนี้

1) ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ได้แก่ การเรียนรู้ด้านอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน / ในสังคม ที่มีใช้ การเรียนรู้วิชาการในโรงเรียน (เหมาะสมตามวัย)

2) ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัย ส่วนบุคคล การทำกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน (เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหารเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ)

3) การช่วยเหลืองานบ้าน ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายที่บ้าน (เช่น กวาด-ถูบ้าน ประกอบอาหาร ล้างจาน ฯลฯ)

4) ความสามารถในการเข้าสังคม ได้แก่ การปรับตัวกับคนอื่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การผูกมิตร การสนิทสนมกับผู้อื่น ผ่านการเล่น การเรียน หรือการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

5) ความสามารถในการสื่อสาร ได้แก่ พัฒนาการทางการพูดและใช้ภาษาเหมาะสมกับอายุ เช่น อายุ 1 ขวบครึ่ง เริ่มพูดเป็นคำๆ อายุ 3 ขวบ พูดเป็นประโยค

6) 6.1 ความสามารถในการประกอบอาชีพ คือ สามารถประกอบอาชีพมีรายได้ของตนเอง

6.2 ความสามารถในการเรียน สำหรับกรณีเด็ก-วัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน ความสามารถด้านการเรียนเป็นผลมาจาก ระดับสติปัญญา ภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ ช่วงสมาธิ ไม่นับรวมการขาดโอกาสทางการศึกษาฐานะยากจน ไม่ได้รับการศึกษา

หมายเหตุ กรณีเด็ก - วัยรุ่น ความสามารถแต่ละด้านต้องคำนึงถึงอายุและพัฒนาการด้วย

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ มีดังนี้

ตอบข้อ 1 ได้ 1 คะแนน

ตอบข้อ 2 ได้ 2 คะแนน

ตอบข้อ 3 ได้ 3 คะแนน

หมายเหตุ ถ้าได้คะแนน 7 คะแนนขึ้นไปถือว่าพิการ คะแนนเต็มคือ 18 คะแนน

ภาคผนวกที่ 12

แบบประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF

ความพิการประเภท 4.1 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

ความพิการประเภทนี้จึงหมายถึงกลุ่มโรคทางจิตเวชตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10-TM (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Thai Modification) ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้โรคทางจิตเวชนั้นต้องไม่ใช่โรคในระยะเฉียบพลัน

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามรหัส ICD-10-TM (Version 2011)

F00.-	Dementia in Alzheimer's disease
F01.-	Vascular dementia
F02.-	Dementia in other diseases classified elsewhere
F03	Unspecified dementia
F06.0	Organic hallucinosis
F06.1	Organic catatonic disorder
F06.2	Organic delusional [schizophrenia-like] disorder
F06.3	Organic mood [affective] disorder
F20.-	Schizophrenia
F21	Schizotypal disorder
F22.-	Persistent delusional disorder
F25.-	Schizoaffective disorder
F28	Other nonorganic psychotic disorders
F29	Unspecified nonorganic psychosis
F30.2	Mania with psychotic symptoms
F31.2	Bipolar affective disorder, current episode, manic with psychotic symptoms
F31.5	Bipolar affective disorder, current episode, severe depression with psychotic symptoms
F31.6	Bipolar affective disorder, current episode, mixed
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms
F33.3	Recurrent depressive disorder, current episode, severe with psychotic symptoms

d155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้ (Acquiring skills)

การพัฒนาความสามารถขั้นพื้นฐานและซับซ้อนของกิจกรรมหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่าง เพื่อเป็นการเรียนรู้ในการริเริ่มและต่อเนื่อง เช่น การใช้เครื่องมือ หรือการเล่นเกมส์ เช่น หมากระโดด

รวม : การได้รับทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะที่ซับซ้อน

d155.0	ไม่มีความยากลำบาก: สามารถเรียนรู้เบื้องต้นในการกระทำที่มีจุดหมายหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่างที่เป็นไปตามกติกา ลำดับ และความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหว สามารถทำครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง (NO : 0 – 4 %)
d155.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย: สามารถเรียนรู้เบื้องต้นในการกระทำที่มีจุดหมายหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่างที่เป็นไปตามกติกา ลำดับ และความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหวสามารถทำครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง แต่ต้องมีผู้สอนทักษะคอยกระตุ้น (MILD: 5 – 24 %)
d155.2	มีความยากลำบากปานกลาง: สามารถเรียนรู้เบื้องต้นในการกระทำที่มีจุดหมายหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่างที่เป็นไปตามกติกา ลำดับ และความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหวสามารถทำครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง โดยผู้สอนทักษะต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE: 25 – 49 %)
d155.3	มีความยากลำบากรุนแรง: สามารถเรียนรู้เบื้องต้นในการกระทำที่มีจุดหมายหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่างที่เป็นไปตามกติกา ลำดับ และความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหวสามารถทำครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง โดยผู้สอนทักษะต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE: 50 – 95 %)
d155.4	มีความยากลำบากที่สุด: ไม่สามารถเรียนรู้เบื้องต้นในการกระทำที่มีจุดหมายหรือการกระทำที่ผสมผสานหลายอย่างที่เป็นไปตามกติกา ลำดับ และความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหวสามารถทำครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง โดยผู้สอนทักษะต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE: 96 – 100 %)
d155.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d155.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d350 การสนทนา (Conversation)

การเริ่มต้น การดำเนินต่อ และการจบของการแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็น โดยใช้วิธีการพูด การเขียน เครื่องหมาย หรือรูปแบบอื่นของภาษากับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง

รวม : การเริ่มต้น การดำเนินต่อ และการจบการสนทนา การสนทนากับบุคคลหนึ่งคนหรือหลายคน

d350.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถเริ่มต้น ดำเนินต่อ และจบการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็นกับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง ด้วยตนเอง (NO: 0 – 4 %)
d350.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถเริ่มต้น ดำเนินต่อ และจบการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็นกับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง โดยผู้ดูแลคอยกระตุ้น (MILD: 5 – 24 %)
d350.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถเริ่มต้น ดำเนินต่อ และจบการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็นกับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE: 25 – 49 %)
d350.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถเริ่มต้น ดำเนินต่อ และจบการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็นกับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE: 50 – 95 %)
d350.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถเริ่มต้น ดำเนินต่อ และจบการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดและความเห็นกับบุคคลที่รู้จักหรือไม่รู้จัก หนึ่งคนหรือมากกว่า ในบรรยากาศที่เป็นทางการหรือเป็นกันเอง โดยผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE: 96 – 100 %)
d350.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d350.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d510 การทำความสะอาดร่างกายตนเอง (Washing oneself)

การทำความสะอาดและเช็ดตัวของตนเองทั้งหมดหรือบางส่วน โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาด การเช็ดให้แห้ง เช่น การอาบน้ำในอ่าง การอาบน้ำด้วยฝักบัว การล้างมือและเท้า ล้างหน้า และสระผม และการเช็ดให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัว

รวม : การทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกาย ร่างกายทั้งหมด; และการเช็ดตัว

ไม่รวม : การดูแลส่วนต่างๆของร่างกาย (d250); การใช้ห้องน้ำ (d530)

d510.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกายตนเอง โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาดและการเช็ดให้แห้ง ด้วยตนเอง (NO: 0 – 4 %)
d510.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกายตนเอง โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาดและการเช็ดให้แห้ง โดยผู้ดูแลคอยกระตุ้น (MILD : 5 – 24 %)
d510.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกายตนเอง โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาดและการเช็ดให้แห้ง โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE: 25 – 49 %)
d510.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกายตนเอง โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาดและการเช็ดให้แห้ง โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE: 50 – 95 %)
d510.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถทำความสะอาดส่วนต่างๆของร่างกายตนเอง โดยใช้น้ำและวัสดุหรือวิธีการที่เหมาะสม ในการทำความสะอาดและการเช็ดให้แห้ง ต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE: 96 – 100 %)
d510.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d510.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d570 การดูแลสุขภาพตัวเอง (Looking after one's health)

การรักษาความสะอาดสบายทางร่างกาย สุขภาพ และการรักษาความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายและทางจิต เช่น การดูแลภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายตามสมควร การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัย ฉีดยาป้องกันโรค และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

รวม : การรักษาความสะอาดสบายของร่างกาย ; การดูแลเรื่องโภชนาการและความแข็งแรงของร่างกาย ; การรักษาสุขภาพของตนเอง

d570.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและทางจิต เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกาย รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้ด้วยตนเอง (NO: 0 – 4 %)
d570.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและทางจิต เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกาย รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยผู้ดูแลคอยกระตุ้น (MILD: 5 – 24 %)
d570.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและทางจิต เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกาย รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE: 25 – 49 %)
d570.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและทางจิต เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกาย รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE: 50 – 95 %)
d570.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางกายและทางจิต เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกาย รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE: 96 – 100 %)
d570.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d570.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d640 การทำงานบ้าน (Doing housework)

การจัดการภายในบ้านด้วยการทำความสะอาดบ้าน ซักเสื้อผ้า การใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน การเก็บรักษาอาหาร และการทิ้งสิ่งปฏิกูล เช่น โดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน การชำระล้างชั้นวางของ กำแพงและพื้น การเก็บรวบรวมการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน การจัดห้อยตู้เสื้อผ้าและลินชั๊กให้เป็นระเบียบ การซักล้าง ทำให้แห้ง พับเก็บ และรีด การทำความสะอาดรองเท้า การใช้ไม้กวาด แปรง และเครื่องดูดฝุ่น การใช้เครื่องซักผ้า เครื่องอบผ้า และเตารีด

รวม : การซักและตากเสื้อผ้าและเครื่องแต่งกาย; การทำความสะอาดพื้นที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำอาหาร; การทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย; การใช้เครื่องใช้ภายในบ้าน; การเก็บรักษาของใช้ที่จำเป็นประจำวัน และการกำจัดสิ่งปฏิกูล

ไม่รวม : การหาที่อยู่อาศัย (d610); การหาซื้อสินค้าและบริการ (d620); การเตรียมอาหาร (d630); การดูแลของในบ้าน (d650); การดูแลผู้อื่น (d660)

d640.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถดูแลทำงานบ้าน หรือจัดการภายในบ้าน รวมถึงการใช้และเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็น และการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน ได้ด้วยตนเอง (NO : 0 – 4 %)
d640.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถดูแลทำงานบ้าน หรือจัดการภายในบ้าน รวมถึงการใช้และเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็น และการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน โดยผู้ดูแลคอยกระตุ้น (MILD : 5 – 24 %)
d640.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถดูแลทำงานบ้าน หรือจัดการภายในบ้าน รวมถึงการใช้และเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็น และการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE : 25 – 49 %)
d640.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถดูแลทำงานบ้าน หรือจัดการภายในบ้าน รวมถึงการใช้และเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็น และการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE : 50 – 95 %)
d640.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถดูแลทำงานบ้าน หรือจัดการภายในบ้าน รวมถึงการใช้และเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็น และการกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในบ้าน ต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE : 96 – 100 %)
d640.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d640.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน (Complex interpersonal interactions)

การรักษาไว้และจัดการกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม เช่น การจัดการกับอารมณ์และแรงกดดันทางจิตใจ การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาและทางกาย การกระทำอย่างอิสระในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการทำตามกฎของสังคมและประเพณีนิยม

รวม : การเริ่มต้นและยุติสัมพันธ์ภาพ; การควบคุมพฤติกรรมในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์; การแสดงปฏิสัมพันธ์ตามกฎของสังคม และการรักษาช่องว่างของสังคม

d720.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถรักษาไว้และจัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม ได้ด้วยตนเอง (NO : 0 – 4 %)
d720.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถรักษาไว้และจัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม มีปัญหาบ้างบางครั้ง ทำด้วยตนเองโดยมีผู้ดูแลคอยให้คำแนะนำเล็กน้อย (MILD : 5 – 24 %)
d720.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถรักษาไว้และจัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม มีปัญหาบางครั้ง หรือแสดงท่าทาง อารมณ์ คำพูด พฤติกรรมที่ไม่พอใจ โดยผู้ดูแลต้องให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE : 25 – 49 %)
d720.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถรักษาไว้และจัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม มีปัญหาน้อยครั้ง หรือแสดงท่าทาง อารมณ์ คำพูด พฤติกรรมที่หงุดหงิด ก้าวร้าวบ่อยๆ โดยผู้ดูแลต้องให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือมาก (SEVERE : 50 – 95 %)
d720.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถรักษาไว้และจัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมตามบริบทและสังคม มีปัญหาตลอดเวลา จนไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือมีพฤติกรรมที่หงุดหงิดก้าวร้าวตลอดเวลา ต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมดเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อบุคคลอื่น (COMPLETE : 96 – 100 %)
d720.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d720.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d750 สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal social relationships)

การเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนอื่น เช่น สัมพันธภาพโดยบังเอิญกับคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือ อยู่หอพักเดียวกัน หรือกับคนที่ทำงานร่วมกัน นักศึกษา เพื่อนเล่น หรือคนที่มีภูมิหลังหรืออาชีพคล้ายกัน

รวม : สัมพันธภาพที่ไม่เป็นทางการกับเพื่อน เพื่อนบ้าน คนคุ้นเคย คนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และเพื่อนรุ่นเดียวกัน

d750.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถรักษาเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ ได้ด้วยตนเอง (NO : 0 – 4 %)
d750.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถรักษาเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ โดยผู้ดูแลให้คำแนะนำเล็กน้อย (MILD : 5 – 24 %)
d750.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถรักษาเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนในบ้าน เพื่อนบ้านและคนอื่นๆ โดยผู้ดูแลให้คำแนะนำและช่วยเหลือบ่อยๆ (MODERATE : 25 – 49 %)
d750.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถรักษาเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ โดยผู้ดูแลให้คำแนะนำและช่วยเหลือมาก (SEVERE : 50 – 95 %)
d750.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถรักษาเข้าไปมีสัมพันธภาพกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน และคนอื่นๆ ต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE : 96 – 100 %)
d750.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d750.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d845 การได้งานทำ การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน
(Acquiring, keeping and terminating a job)

การแสวงหางานทำ การหางานและการเลือกงาน การรับจ้างและการได้รับการจ้างงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การค้าขาย การได้รับบรรจุให้ทำงานหรือการทำงานอาชีพ และการออกจากงานในลักษณะที่เหมาะสม

รวม : การแสวงหางานทำ; การเตรียมประวัติการศึกษา; การติดต่อกับนายจ้างและการเตรียมตัวสัมภาษณ์; การรักษางานที่ทำอยู่; การรายงานผลการทำงานของตนเอง; การให้ข้อสังเกต; และการออกจากงาน

d845.0	ไม่มีความยากลำบาก : มีความกระตือรือร้นแสวงหางานทำ หรือสามารถหางานทำ จนได้รับการจ้างงานหรือบรรจุให้ทำงานหรืออาชีพ สามารถรักษางานที่ทำอยู่ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้ด้วยตนเอง (NO : 0 – 4 %)
d845.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถหางานทำ จนได้รับการจ้างงานหรือบรรจุให้ทำงานหรืออาชีพ สามารถรักษางานที่ทำอยู่ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีปัญหาบ้างนานๆครั้งโดยมีผู้แนะนำเล็กน้อย (MILD : 5 – 24 %)
d845.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถหางานทำ จนได้รับการจ้างงานหรือบรรจุให้ทำงานหรืออาชีพ สามารถรักษางานที่ทำอยู่ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีปัญหาบ้างบางครั้ง โดยต้องการความช่วยเหลือบ้าง (MODERATE : 25 – 49 %)
d845.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถหางานทำ จนได้รับการจ้างงานหรือบรรจุให้ทำงานหรืออาชีพ สามารถรักษางานที่ทำอยู่ และมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีปัญหาลดครั้ง โดยต้องการความช่วยเหลือมาก (SEVERE : 50 – 95 %)
d845.4	มีความยากลำบากที่สุด : ไม่สามารถทำงานได้ ภาระค่าใช้จ่ายต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งหมด (COMPLETE : 96 – 100 %)
d845.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d845.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง (Recreation and leisure)

การเข้าร่วมในกิจกรรมการเล่นอย่างใดอย่างหนึ่ง การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมยามว่าง เช่น การเล่นกีฬาที่จัดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ การออกกำลังกายตามโปรแกรม การผ่อนคลาย การหาความสนุกสนาน การไปชมหอแสดงศิลปะ พิพิธภัณฑ์ภาพยนตร์หรือละคร; การทำงานหัตถกรรมหรืองานอดิเรก การอ่านหนังสือเพื่อความเพลิดเพลิน การทัศนอาจรและท่องเที่ยว

รวม : การเล่น กีฬา ศิลปะและวัฒนธรรม งานหัตถกรรม งานอดิเรก และงานสังคม

ไม่รวม : การซื้อสัตว์เพื่อการขนส่ง (d480); งานที่ได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้าง (d850 และ d855); ศาสนา และความเชื่อ (d930); ชีวิตทางการเมืองและการเป็นพลเมือง (d950)

d920.0	ไม่มีความยากลำบาก : สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง อยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ (NO : 0 – 4 %)
d920.1	มีความยากลำบากเล็กน้อย : สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง อยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานเป็นส่วนใหญ่ โดยมีผู้ดูแลหรือแนะนำเล็กน้อย(MILD : 5 – 24 %)
d920.2	มีความยากลำบากปานกลาง : สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมยามว่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือในกรณีที่ไมแสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานแต่เมื่อถูกชักชวนจะยอมเข้าร่วมมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนครั้งที่ชักชวน ทั้งนี้ต้องการคำแนะนำและช่วยเหลือบ้าง (MODERATE : 25 – 49 %)
d920.3	มีความยากลำบากรุนแรง : สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมยามว่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง หรือในกรณีที่ไมแสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงาน แต่เมื่อถูกชักชวนจะยอมเข้าร่วมน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนครั้งที่ชักชวน โดยต้องการคำแนะนำและช่วยเหลือมาก (SEVERE : 50 – 95 %)
d920.4	มีความยากลำบากที่สุด : มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมยามว่างเป็นส่วนใหญ่ ไม่เข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงาน (COMPLETE : 96 – 100 %)
d920.8	มีความยากลำบากที่ไม่ระบุรายละเอียด (Not specified)
d920.9	ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1	d155	การได้รับทักษะจากการเรียนรู้							
2	d350	การสนทนา							
3	d510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง							
4	d570	การดูแลสุขภาพตัวเอง							
5	d640	การทำงานบ้าน							
6	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน							
7	d750	สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ							
8	d845	การได้ทำงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน							
9	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง							

ตัวอย่าง

ชายไทย อายุ 34 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมานาน 10 ปีอาศัยอยู่กับบิดามารดา มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีอาการเก็บตัว อยู่แต่ในห้อง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว มารดาต้องคอยเรียกและให้รางวัลบ่อยๆเมื่อผู้ป่วยออกมาพูดคุยหรือกินข้าวร่วมกับคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้สะอาดโดยไม่ต้องกระตุ้น บิดามารดาพยายามฝึกให้ทำงานบ้านและช่วยกิจการค้าขายที่บ้านแต่ผู้ป่วยปฏิเสธ บอกตนเองไม่อยากทำ ขอดูทีวี ฟังเพลง ไปไหว้พระ และออกกกำลังกายก็พอแล้ว เพราะตนเองป่วยโรคจิตต้องดูแลสุขภาพไม่ให้เครียด ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเองและไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยความบกพร่อง

Schizophrenia.....รหัส ICD-10-TM

F20.99.....

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

สรุปว่า มีความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ในประเภท

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| ☐ การเห็น | ☐ การได้ยิน | ☐ การสื่อความหมาย | ☐ การเคลื่อนไหว |
| ☐ ร่างกาย | ☐ จิตใจ | ☐ พฤติกรรม | ☐ ออทิสติก |
| ☐ สติปัญญา | ☐ การเรียนรู้ | | |

แบบประเมินสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมตามแนวทางของ ICF

ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรม			.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1	d155	การได้รับทักษะจากการเรียนรู้						/	
2	d350	การสนทนา			/				
3	d510	การทำความสะอาดร่างกายตนเอง	/						
4	d570	การดูแลสุขภาพตัวเอง	/						
5	d640	การทำงานบ้าน					/		
6	d720	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ซับซ้อน			/				
7	d750	สัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ			/				
8	d845	การได้ทำงาน การรักษางานที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน					/		
9	d920	นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง			/				

ภาคผนวกที่ 13

แบบประเมินอาการเตือน

ประเภทผู้ป่วย	มี	ไม่มี
ข้อ 1 นอนไม่หลับ		
ข้อ 2 ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ เช่น นั่งไม่ติด พูดเสียงดัง ชอบออกนอกบ้าน มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม		
ข้อ 3 สนใจเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟันลดน้อยลงกว่าเดิม		
ข้อ 4 พูดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว		
ข้อ 5 แยกตัวอยู่คนเดียว เช่น อยากอยู่ตามลำพัง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง		
ข้อ 6 ก้าวร้าว รุนแรง อาละวาดทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น		
ข้อ 7 ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว		
ข้อ 8 มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้		
ข้อ 9 รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า		
ข้อ 10 หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย		
ข้อ 11 มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง เช่น คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ		
ข้อ 12 มีอาการระแวง เช่น คิดว่ามีคนไม่หวังดี มีคนคอยติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง มีคนจะมาทำร้าย		
ข้อ 13 มีความคิดว่า มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา เช่น เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ เป็นบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์		

ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ

เขียว : มีอาการเตือน ข้อ 5, 9

เหลือง : มีอาการเตือน ข้อ 3, 7, 8, 11, 13

แดง : มีอาการเตือน ข้อ 1, 2, 4, 6, 10, 12

ประเมินอาการ อาการเตือนของผู้ป่วย สาเหตุ ปัญหาทางจิตสังคม ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาอย่างทันท่วงที เพื่อให้อาการทุเลา/สงบอย่างรวดเร็ว ป้องกันอาการกำเริบรุนแรงในชุมชน

ภาคผนวกที่ 14

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Basic ADL)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี HN.....AN.....

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่สังเกตได้ (ABCIH)

ลักษณะทั่วไป (Appearance)

.....

พฤติกรรม (Behaviors)

.....

การสื่อสาร การสนทนา (Conversation)

.....

มนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Relationship)

.....

พฤติกรรมส่วนปกติ (Healthy Area)

.....

ความสามารถและประสบการณ์เดิม

ความสามารถในด้านต่างๆ.....

.....

ประสบการณ์เดิมก่อนเจ็บป่วย.....

.....

ความสนใจการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย (ด้านการแพทย์ ด้านอาชีพ ด้านการศึกษา ด้านการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และชุมชน ด้านอื่นๆ)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนนที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วย

กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย	ระดับคะแนน																หมายเหตุ				
	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3					ครั้งที่ 4					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0		1	2	3	4
ก. ทักษะการดูแลตนเอง (Personal life Skills)																					
1. การรู้ความสะอาดของผผมและหนังศีรษะ																					
2. การแปรงฟัน																					
3. การอาบน้ำ																					
4. การตัดเล็บมือ-เล็บเท้า/โกนหนวด-เครา																					
5. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร																					
6. การรับประทานยา																					
7. การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ																					
8. การแต่งกาย																					
9. การนอนหลับพักผ่อน																					

[illegible]

กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย	ระดับคะแนน																หมายเหตุ				
	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3					ครั้งที่ 4					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0		1	2	3	4
ค. ทักษะทางสังคม(Social Skills)																					
1. การสนใจสิ่งแวดล้อม																					
2. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น																					
3. ความไว้วางใจผู้อื่น																					
4. ความสามารถในการสื่อสาร																					
5. การรู้จักขอบเขตและขอโทษ																					
6. การรู้จักยอมรับของใช้จากผู้อื่น																					
7. การรู้จักให้และรับ																					
8. การควบคุมอารมณ์																					
9. การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น																					

[illegible]

กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย	ระดับคะแนน																				หมายเหตุ
	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3					ครั้งที่ 4					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
จ. ทักษะการพักผ่อน (Leisure Skills)																					
1. การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย																					
2. การเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี																					
3. การเข้าร่วมเกมกิจกรรมต่างๆ																					
4. การเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา																					
5. การอ่านหนังสือ																					
6. การดูโทรทัศน์																					
7. การฟังวิทยุ																					
8. การดูสิ่งแวดลอม																					
9. การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์																					

[illegible]

ส่วนที่ 3 สรุปผลการประเมิน

รายการ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
1. สรุปคะแนนเฉลี่ยแต่ละทักษะ				
- การดูแลตนเอง				
- การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน				
- ทางสังคม				
- การทำงาน				
- การพักผ่อน				
- การใช้ชีวิตในชุมชน				
2. สรุปคะแนนเฉลี่ยรวมทุกทักษะ				
3. ผลการประเมินอยู่ในระดับ				
4. ทักษะที่บกพร่อง				
วัน เดือน ปี ที่ประเมิน				
ผู้ประเมิน				

หมายเหตุ

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ทำเลย
คะแนน 1	หมายถึง	ต้องคอยกระตุ้น และควบคุมทุกขั้นตอน
คะแนน 2	หมายถึง	ทำได้บางครั้ง และต้องแนะนำ
คะแนน 3	หมายถึง	ทำได้เองตามความเหมาะสม
คะแนน 4	หมายถึง	ทำเองได้ทั้งหมด และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

การหาค่าเฉลี่ยแต่ละด้านโดยรวม

$$\frac{\sum x}{N} = \frac{\sum fx}{N}$$

$$\sum x = \text{แทนค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum fx = \text{แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมด}$$

$$N = \text{แทนจำนวนข้อมูล}$$

การกำหนดเกณฑ์

ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 0 – 0.50	หมายถึง	ระดับที่ 1
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 0.51 – 1.50	หมายถึง	ระดับที่ 2
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 1.51 – 2.50	หมายถึง	ระดับที่ 3
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 2.51 – 3.50	หมายถึง	ระดับที่ 4
ค่าเฉลี่ย ระหว่าง 3.51 ขึ้นไป	หมายถึง	ระดับที่ 5

การแปลความหมาย

ระดับที่ 1	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือรบกวนความสงบผู้อื่น
ระดับที่ 2	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และแยกตัวตามลำพัง
ระดับที่ 3	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
ระดับที่ 4	หมายถึง	ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้สามารถรับจ้างทำงานได้ (อยู่ในความดูแลของบุคลากร)
ระดับที่ 5	หมายถึง	ผู้ที่ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวและช่วยเหลือผู้อื่นได้

ภาคผนวกที่ 15

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ตามระดับความรุนแรงของผลข้างเคียง :

Lithium, Clozapine, Carbamazepine, Sodium Vapoate, Phenobarb, Dilantin

ชื่อยาที่เฝ้าระวัง	ระดับความรุนแรงของผลข้างเคียง			
	Critical	Semi-critical	Moderate	Convalescent
Lithium (Licarb, Limed, Phanate,Lithium)	- CNS: พุดจาอ้อแอ้/พุดไม่ชัด/ตาเข/กล้ามเนื้อกระตุก/เดินลากขา/คอตก/สับสน/ซึม/เพ้อ/หลับมาก/ชัก/ช็อค/โคม่า - CVS: การทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลง - etc: ปัสสาวะออกน้อย/ปากแห้ง/ขาดน้ำอย่างรุนแรง	- CNS: กล้ามเนื้ออ่อนแรง/เดินเซ/กล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน/เห็นภาพซ้อน - GI: อาเจียน/ ปวดท้อง/ เบื่ออาหาร/ท้องเสีย ไม่หยุด - Skin: ผื่น	- CNS: ง่วงนอน/ มือสั่น/ ปวดศีรษะ - GI: ท้องเสีย/คลื่นไส้/ ปวดท้อง - Skin: สิว - Metabolic: น้ำหนักตัวเพิ่ม - etc: กระจายน้ำมาก/ ปัสสาวะบ่อย	- ไม่พบอาการ
Clozapine	- อาการในระดับ Semi-critical และ WBC count น้อยกว่า 3,000/ mm³ และ / หรือ Absolute neutrophil granulocyte count ลดน้อยกว่า 1,500/ mm³	- CNS: สับสน/ ภาวะวุ่นวาย/ ง่วงซึม - CVS: ลูกนั่งหน้ามืด - GI: ท้องเสีย/คลื่นไส้/ ปวดท้อง - Metabolic: น้ำตาลในเลือดสูง - etc: อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ/WBC เปลี่ยนแปลงโดยสังเกตอาการเหมือนไข้หวัดหรืออาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ	- CNS: อ่อนเพลีย/ วิงเวียน/ ปวดศีรษะ/ EPS เช่น สั่น, ภาวะวุ่นวาย, ผุดลุกผุดนั่ง, ขยับแขนขา, เดินไปมาตลอด - GI: คลื่นไส้ /อาเจียน/ ท้องผูก - Metabolic: น้ำหนักตัวเพิ่ม - etc: Anticholinergic เช่น ปากแห้ง, คอแห้ง, ใจสั่น, ตาพร่า, เหงื่อออก, น้ำลายไหล, อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ, ปัสสาวะลำบาก	- ไม่พบอาการ - ไม่ต้องเจาะวัดระดับยาในเลือด

ชื่อยาที่เฝ้าระวัง	ระดับความรุนแรงของผลข้างเคียง			
	Critical	Semi-critical	Moderate	Convalescent
SodiumValproate (Depakine, Valparin, Valproic)	- อาการในระดับ Semi-critical และ - CNS: โคม่า/กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย/ชัก/รูม่านตาปิด/รีเฟล็กซ์ต่ำกว่าปกติ - CVS: การทำงานระบบหัวใจผิดปกติ	- CNS: ง่วงซึม/สับสน - GI: อาเจียน - etc: จำนวนเกร็ดเลือดลดลง/ภาวะโลหิตจาง/เม็ดเลือดขาวลดต่ำลง/จำนวนเซลล์เม็ดเลือดทุกชนิดลดลง/LFT ผิดปกติ	- GI: คลื่นไส้/เบื่ออาหาร/แน่นท้อง/ท้องเสีย/อ่อนเพลีย - Metabolic: น้ำหนักตัวเพิ่ม - etc: มือสั่น/ผมร่วง/ประจำเดือนมาไม่ปกติ	- ไม่พบอาการ - ไม่ต้องเจาะวัดระดับยาในเลือด
Phenytoin (Dilantin, Ditoin)	- อาการในระดับ Semi-critical และ - CNS: ชักหมดสติ - CVS: ความดันโลหิตต่ำ - Skin: ผื่นแดงที่ผิวหนัง/ผื่นผิวหนังลอกเป็นจ้ำเลือดหรือเป็นตุ่มพอง	- CNS: สับสน - GI: อาเจียน - Skin: ผื่น - Metabolic: น้ำตาลในเลือดสูง - etc: เกร็ดเม็ดเลือดขาวต่ำ/ภาวะขาดเม็ดเลือดทุกชนิด/โรคตับ	- CNS: มึนงง/นอนไม่หลับ/กระวนกระวาย/ปวดศีรษะ - GI: คลื่นไส้ /ท้องผูก - etc: หน้าตาหยาบกร้าน/ริมฝีปากหนาใหญ่ขึ้น/เหงือกหนาตัว/ขนดกผิดปกติ	- ไม่พบอาการ - ระวังระดับ 10 – 20 mg/ml

แนวทางการจัดการ

Convalescent – Moderate พื้นที่ดูแลเอง ให้คำแนะนำ สังเกตอาการ เฝ้าระวัง

Semi-critical พื้นที่ประเมินศักยภาพตนเอง ปรีกษาเภสัชกรและรายงานแพทย์/ Consult รพ.ในเครือข่าย

Critical พื้นที่ประเมินศักยภาพตนเอง หากดูแลไม่ได้ให้ Consult/ Refer

อาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจพบและการรักษา

อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช	การรักษา
Acute dystonia: ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งเป็นพักๆ อย่างรุนแรง มักเกิดที่กล้ามเนื้อตา (oculogyric crisis) และที่คอ (torticollis)	● ลดขนาด antipsychotic drug ลง หรือหยุดยาชั่วคราว ● ฉีด Benztropine (Cogentin) 1 -2 mg. I.M. หรือ I.V. หรือ Diazepam 10 mg.I.M. หรือ Diphenhydramine 50 mg. I.M. หรือ I.V. หรือ Chlorpheniramine 10 mg. I.M. ● ให้กิน anti cholinergic drug เช่น Trihexyphenidyl 4 – 15 มก.ต่อวัน
Akathisia: ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย นั่งไม่ติดที่ ผุดลุกผุดนั่ง ร่างกายอยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปเดินมา แขนขาสั่น รู้สึกทรมาน บางคนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย	● ลดขนาด antipsychotic drug ● ให้กิน anti cholinergic drug เช่น Trihexyphenidyl ● เพิ่ม propranolol หรือ benzodiazepine ● ถ้าการรักษาไม่ได้ผลอาจเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีผลข้างเคียงในลักษณะนี้ต่ำ เช่น low potency antipsychotic drug, atypical antipsychotic drug
Parkinsonism: เป็นอาการเดินตัวแข็ง มือสั่น หน้าตาเฉยเมย กลืนน้ำลายลำบาก	● ให้ anti cholinergic drug
Tardive dyskinesia: เป็นการขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้บริเวณ ปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขาหรือลำตัว มักเกิดหลังได้ยาในระยะนานเกิน 6 เดือน	● ลดขนาดยาเดิมลง หรือเปลี่ยนไปใช้ยาการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
Neuroleptic malignant syndrome (NMS): ผู้ป่วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงต่อกันเป็นเวลานาน มีอาการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เช่น ชีพจรเร็วหรือช้า ไข้สูง ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง และมีการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะ (consciousness)	● หยุดยารักษาโรคจิตให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดไข้และบรรเทาอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดให้ยากกลุ่ม dopamine agonist เช่น bromocriptine ร่วมไปกับยาคลายเกร็ง (antispastic drug) เช่น dantrolene เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นเวลาหลายสัปดาห์ แพทย์ควรให้ยารักษาโรคจิตใหม่อย่างระมัดระวัง ยาที่ควรเลือกใช้คือ Low potency antipsychotic drug หรือ atypical antipsychotic drug เช่น Clozapine โดยต้องเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ
Orthostatic hypotension	● ควรเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ (โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ)
Anticholinergic side effect: ปากคอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก	● ปากแห้ง คอแห้ง แนะนำการจิบน้ำบ่อยๆ ● ปรับยาที่มีผลข้างเคียงน้อย

ภาคผนวกที่ 16

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....ID.....ชื่อญาติ.....
 หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื่องในชุมชน 9 ด้าน	เดือน ที่ 1	เดือน ที่ 2	เดือน ที่ 3	เดือน ที่ 4	เดือน ที่ 5	เดือน ที่ 6	เดือน ที่ 7	เดือน ที่ 8	เดือน ที่ 9	เดือน ที่ 10	เดือน ที่ 11	เดือน ที่ 12
1. ด้านอาการทางจิต												
1. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้												
2. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีย่าน้อย 10 วัน ใน 1 เดือน												
3. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน												
2. ด้านการกินยา												
1. สม่่าเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง												
2. ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีมารับประทานยาเป็นบางครั้ง												
3. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ												
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ												
1. ดี คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล												
2. ปานกลาง คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว												
3. ปรับปรุง คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ												

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	เดือน ที่ 1	เดือน ที่ 2	เดือน ที่ 3	เดือน ที่ 4	เดือน ที่ 5	เดือน ที่ 6	เดือน ที่ 7	เดือน ที่ 8	เดือน ที่ 9	เดือน ที่ 10	เดือน ที่ 11	เดือน ที่ 12
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เลย												
5. ด้านการประกอบอาชีพ 1. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพหรือความสามารถช่วยครอบครัวใน การประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง 2. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้แต่ต้องมี คนกระตุ้น 3. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย												
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 1. ดี คือ ครอบครัวมีการขมေး ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวก ส่วนใหญ่ 2. ปานกลาง คือ ครอบครัวมีการขมေးบ้าง แต่ยังพบ การดุด่า ตักเตือน ด่าว่า บางครั้ง 3. ปรับปรุง คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ดุถูก ด่าว่า และ บางครั้งผู้ป่วย รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง												
7. ด้านสิ่งแวดล้อม 1. ดี คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง 2. ปานกลาง คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกออกจากครอบครัวคนเดียว หรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุง คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน												

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 9 ด้าน	เดือน ที่ 1	เดือน ที่ 2	เดือน ที่ 3	เดือน ที่ 4	เดือน ที่ 5	เดือน ที่ 6	เดือน ที่ 7	เดือน ที่ 8	เดือน ที่ 9	เดือน ที่ 10	เดือน ที่ 11	เดือน ที่ 12
8. ด้านการสื่อสาร 1. ดี คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ 2. ปานกลาง คือ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว 3. ปรับปรุง คือ ไม่พูดคุยกับใครเลย												
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น 1. ดี คือ บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้ 2. ปานกลาง คือ สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้ 3. ปรับปรุง คือ สอนเท่าไรก็ จำไม่ได้ ทำไม่ได้												

หมายเหตุ เดือนที่ 1 และ 6 ประเมินด้านที่ 1-9

เดือนที่ 6 หากพบว่า ≤ 9 คะแนน ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน

> 9 คะแนน ให้ส่ง รพ.ช. เพื่อประเมิน ICF

เดือนที่ 2, 3, 4 และ 5 ประเมิน 1-4 ด้าน

คำแนะนำ/การช่วยเหลือ

(ลงชื่อผู้เยี่ยม.....)

รายนามคณะที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้พัฒนา และคณะทำงาน

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)

คณะที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์

- | | | |
|--------------------|--------------|-----------------------|
| 1. น.ต.นพ.บุญเรือง | ไตรเรืองวรรณ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต |
| 2. นพ.พงศ์เกษม | ไข่มุกด์ | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |

คณะผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|---------------------|-----------------|------------------------------------|
| 1. รศ.ดร.สมพร | รุ่งเรืองกลกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. รศ.ดร.อัจฉราพร | สีหิรัญวงศ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. แพทย์หญิงปัทมา | ศิริเวช | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นายแพทย์บุรินทร์ | สุรอรุณสัมฤทธิ์ | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |
| 5. นางสาวลักขณ์ | สุวรรณไมตรี | สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต |

รายนามคณะผู้พัฒนา ระยะที่ 1

- | | | |
|-------------------|----------------|--|
| 1. นางสาวอนงค์นุช | ศาโศรก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 2. นางนุชนาด | ชัยเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 3. นางระวีวรรณ | เต็มวานิช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 4. นางวรรณภา | พลอยเกลื่อน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 5. นางสาววีรี | แดงประเสริฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 6. นางเพลิน | เสียงโซคอยู่ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 7. นางเพชรี | คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 8. นายณภัทร | วรากรอมรเดช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ |
| 9. นางสุภัทรา | ก้อนคำดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 10. นางสาวเกษสุตา | ภิญโญพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ |
| 11. นางกัลยา มาศ | ท่ามกลาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลโนนสูง จ.นครราชสีมา |
| 12. นางชนานันท์ | รังสินารา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร |
| 13. นางสาวรุ่งนภา | อุตานนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จ.นครพนม |
| 14. นางสุภาพร | จันทร์สาม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร จ.ยโสธร |
| 15. นางรสสุคนธ์ | สาลิพิมพ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ |
| 16. นางปรีชญานี | คำเหลื่อ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตน จ.ศรีสะเกษ |
| 17. นางโชติพร | พันธุ์วัฒนาชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี |
| 18. นางกุลลาบ | พรหมดีราช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร |

รายนามคณะผู้พัฒนา ระยะที่ 2

1. นางสาวอนงค์นุช	ศาโศรก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางสาววีรี	แดงประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. นางระวีวรรณ	เต็มวณิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. นางวรรณภา	พลอยเกลื่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นางนุชนาถ	ชัยเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
6. นางเพลิน	เสียงโซคอยู่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
7. นางสาวเกษสุตา	ภิญโญพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
8. นางสาวรุ่งนภา	อุดานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จ.นครพนม
9. นายณภัทร	วรการอมรเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
10. นางสุภัทรา	ก้อนคำดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
11. นางสาวชนม์ชนก	อรรณวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านแหลม จ.เพชรบุรี
12. นายมานิจ	คณาธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
13. นางสาวภาพร	จันทร์สาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร จ.ยโสธร
14. นางรสสุคนธ์	สาลิพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ
15. นางปรีชญาณี	คำเหลื่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตน จ.ศรีสะเกษ
16. นางกัลยามาศ	ท่ามกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง จ.นครราชสีมา
17. นางชนานันท์	รังสินารา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร
18. นางกุหลาบ	พรหมดีราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพังโคน จ.สกลนคร

รายนามคณะผู้พัฒนา ระยะที่ 3

1. นางธนาภรณ์	ใจมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองปาน จ.ลำปาง
2. นางนิศานาถ	สารเชื่อนแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาหมื่น จ.น่าน
3. นางนงนุช	คะพิมพ์ภิบาลบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา
4. นางมรรยาท	เพ็ชรดา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี
5. นางสาวดาวรุ่ง	งามเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระโบสถ์ จ.ลพบุรี
6. นางนัยนา	จันทร์มา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่ากระดาน จ.กาญจนบุรี
7. นางสุจิน	มินสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากพลี จ.นครนายก
8. นางรัตนา	พรหมพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเบตง จ.ยะลา
9. นางนิตะ	ปือชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง จ.นราธิวาส
10. นางมาเรียม	อิสลามธรรมธาดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเยื้อง จ.นราธิวาส
11. นางสุจิรา	ประดาศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาบอน จ.นครศรีธรรมราช
12. นางสาวรุ่งนภา	อุดานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน จ.นครพนม

13. นางชนานันท์	รังสินารา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
14. นางศศิธร	นวลศรีใส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำป่าด จ.อุตรดิตถ์
15. นางสุจิตรา	จอมดวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทองแสนขัน จ.อุตรดิตถ์
16. นางสาวอรัญญา	คำพึ่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิชัย จ.อุตรดิตถ์
17. นางสาวอัญชลี	สิงห์สังเวียน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จ.ลพบุรี
18. นางชนิษฐา	ชั้นทะกาศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชสาส์น จ.ฉะเชิงเทรา
19. นางสาวรพีพร	อ่อนกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จ.ปราจีนบุรี
20. นางจิตติมา	ทรงมัจฉา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง
21. นางติชิตา	แสงแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา

รายนามคณะทำงานสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

1. นางสาวธนเนตร	ฉันทลักษณ์วงศ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
2. นายวีร์	เมฆวิสัย	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
3. นางสาวอุษา	ลิ้มชีว	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
4. นางสาวชนิกรรดา	ไทยสังคม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
5. นางสาวชลลดา	จารุศิริชัยกุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
6. นางสาวนารีรัตน์	พิศหนองแขวง	นักวิชาการสาธารณสุข
7. นางสาวชิดชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
8. ว่าที่ร้อยเอกกฤตเมธ	ตุ้มฉาย	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
9. นางสาวชุริภรณ์	เสียงล้ำ	นักวิชาการสาธารณสุข
10. นางพัทธนันท์	สอนวงศ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
11. นายวีระยุทธ	มายุศิริ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
12. นางสาวมนัญญา	เหรียญตระกูล	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
13. นางสาววรารักษ์	อุทธารนิช	พนักงานพิมพ์ ส.3

บันทึก

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, faint illustration of a pencil tip pointing towards the center of the page. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery or notebook paper.

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper. In the bottom right corner, there is a small, stylized graphic element consisting of several overlapping gray shapes, resembling a folded piece of paper or a decorative corner element.

บันทึก

[illegible]

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, faint grey icon of a pencil pointing upwards and to the right. The rest of the page is completely blank.

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

บันทึก

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, faint illustration of a pencil tip pointing towards the center of the page. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery or notebook paper.

บันทึก

[illegible]

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, faint illustration of a pencil pointing towards the right. The rest of the page is completely blank, with no text or other markings.

บันทึก

[illegible]

บันทึก

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, faint grey icon of a pencil pointing towards the right. The rest of the page is completely blank.

คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

ฉบับพยานา/นักวิชาการสาธารณสุข



กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต