E-Book Version

พิมพ์ครั้งแรก

การวางแผน การพยาบาล

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

Nursing Care Plans for Continuity of Care in Psychiatric Nursing 2

◎ ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช เพื่อการดูแลต่อเนื่อง เล่ม 2

Nursing Care Plans for Continuity of Care in Psychiatric Nursing 2

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ISBN : (E-book) 978-616-593-359-9
พิมพ์ครั้งแรก : มิถุนายน 2565
จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย :
ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย :
สำนักพิมพ์สวนหนังสือ หมู่บ้านราชาวดีการ์เดนวิลล์ 189/10 หมู่ 12
ตำบลท่าขอนยาง อำเภอขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม 44150

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

ราคา 289 บาท

คำนำ

หนังสือการวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เล่ม 1 และ 2 จัดทำขึ้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลจิตเวช และผู้สนใจ ใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้หลักการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการสุขภาพและการเตรียมญาติและผู้ป่วยหลังจำหน่าย จากประสบการณ์พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกไม่พร้อมและวิตกกังวลกับการฝึกประสบการณ์ทางคลินิกจิตเวชและการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล หนังสือเล่มนี้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลนี้ได้ด้วยการอธิบายการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลจิตเวชพร้อมตัวอย่างอย่างละเอียด

เนื้อหาที่สำคัญของเล่มที่ 2 ประกอบด้วย 2 หน่วย หน่วยที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย 2 บท ได้แก่ บทที่ 1 บริบทการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลและในชุมชน บทบาทของพยาบาลในแต่ละบริบท ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และจิตเวชฉุกเฉิน และบทที่ 2 นิเวศน์บำบัด การจำกัดขอบเขตพฤติกรรม และการปรับพฤติกรรม

หน่วยที่ 2 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช ประกอบด้วย 5 บท รวม 21 แผนการพยาบาล ประกอบด้วย การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคทางอารมณ์และอาการที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะปรับตัวผิดปกติ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและพฤติกรรมที่ผิดปกติ

โดยทุกแผนการพยาบาลประกอบด้วยข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาผู้ป่วย ข้อมูลเชิงอัตวิสัยและวัตถุวิสัย การตั้งวัตถุประสงค์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและตัวอย่างการเขียนแผนการปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผลสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนอย่างละเอียด ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันแต่การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติการพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของโรคและอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้อ่านมีพื้นฐานที่ดีในการสร้างทักษะทางคลินิกและมีความมั่นใจในการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและพัฒนาวิชาการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคล/ผู้ป่วยมีอาการและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	III
หน่วยที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	1
บทที่ 1 บริบทการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	3
บทที่ 2 นิเวศน์บำบัด	35
หน่วยที่ 2 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช	69
บทที่ 3 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคทางอารมณ์และอาการที่เกี่ยวข้อง	71
บทที่ 4 การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล	114
บทที่ 5 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด	147
บทที่ 6 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะปรับตัวผิดปกติ	183
บทที่ 7 การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและพฤติกรรมที่ผิดปกติ	191
ดัชนี	275
เกี่ยวกับผู้เขียน	279

หน่วยที่ 1

แนวคิดพื้นฐานเพื่อการวางแผน การพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 1

บริบทการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

สาระสำคัญ 4

การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล 4

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก 5

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในแผนกฉุกเฉิน 6

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน 6

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน 11

หลักการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน 6

รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน 12

การจัดการรายกรณี 13

บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามหน่วยบริการ 13

บทบาทพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกจิตเวช 13

บทบาทพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน 15

บทบาทพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน 18

บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน 20

ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต 22

ลักษณะของภาวะวิกฤต 22

ระยะของการเกิดภาวะวิกฤต 22

ประเภทของภาวะวิกฤต 23

อาการและอาการแสดงของบุคคลในภาวะวิกฤต 24

การตอบสนองของพยาบาลต่อบุคคลระยะวิกฤต 25

การบำบัดผู้ป่วยในภาวะวิกฤต 25

จิตเวชฉุกเฉิน 30

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 31

พฤติกรรมรุนแรง 31

การจัดการจิตเวชฉุกเฉิน 33

เอกสารอ้างอิง 34

สาระสำคัญ

ในอดีตผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมักได้รับกักขังหรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะโรคจิต ปัจจุบันบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศไทยมีทั้งที่รักษาในโรงพยาบาลและชุมชน การให้บริการของโรงพยาบาลมีทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ส่วนบริการที่ให้ในชุมชนมักเป็นการป้องกันด้านสุขภาพชุมชน สุขภาพจิตปฐมภูมิ และการบริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพจิต โดยศูนย์/โรงพยาบาลสุขภาพชุมชนถือเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด

1. การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล

การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตในอดีตเป็นอย่างมาก แต่ด้วยความพยายามลดการพึ่งพิงของผู้ป่วยและมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสภาพ การให้บริการสุขภาพจิตชุมชนจึงกลายเป็นบรรทัดฐานในระยะต่อมา การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยง อายุ ระดับการสังเกต การควบคุมดูแล และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การแยกห้องเดี่ยวเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ปรัชญาของการให้บริการ คือ มีข้อจำกัดแก่ผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยอาจให้บริการต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute) กึ่งเฉียบพลัน (sub-acute) และระยะยาว (extended care) โดยการให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันเป็นการให้การดูแลในโรงพยาบาล ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องออกแบบหน่วยบริการที่ปลอดภัยที่ออกแบบมาเป็นพิเศษ

หน่วยสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปอาจมีส่วนในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้น แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชจึงเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพทุกประเภท รวมทั้งภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่สำคัญ

การให้บริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช เป็นการให้การบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉพาะผู้บริการที่มีปัญหาทางจิตเวชและแอลกอฮอล์/สารเสพติด โรงพยาบาลจิตเวชบางแห่งให้บริการด้านฟื้นฟูสภาพและให้การรักษาระยะยาว หรืออาจมีหน่วยพิเศษสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการกิน ปัญหาผู้สูงอายุ ปัญหาเด็กและวัยรุ่น ตลอดจนปัญหาด้านการใช้สารเสพติด

ในประเทศไทยโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการจัดระบบจำแนกประเภทผู้ที่มีอาการทางจิตและปัญญาอ่อนออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ วิกฤต แรกรับ เร่งรัด และบำบัดระยะยาว ลักษณะของเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย มี 2 องค์ประกอบ คือ การให้ค่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเชิงปริมาณตามความต้องการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคน และเกณฑ์การบ่งชี้ความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทตามหมวด

ของการประเมินสภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน และศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงชีวิตได้ตามปกติ[1]

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก

การให้บริการด้านสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอกครอบคลุมการให้บริการตั้งแต่การเตรียมตัว/การเตรียมเอกสาร/ขั้นตอนการให้บริการ/การคัดกรอง/การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล/การให้บริการทางด่วน/การสัมภาษณ์และการประเมินก่อนพบแพทย์/การรับบริการตรวจวินิจฉัยรักษา/การบริการหลังพบแพทย์/การรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง/การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล/การฉีดยา/การรับยา มีรายละเอียด ดังนี้[1]

การให้บริการคัดกรอง หมายถึง การประเมินสภาพอาการผู้ป่วยเบื้องต้น ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีโรคทางกายร่วมที่ไม่ได้อยู่ในระยะอาการรุนแรง หรือคัดกรอง/แยกผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคติดเชื้อต่าง ๆ จัดลำดับประเภทเพื่อการตรวจรักษาพยาบาลตามความรุนแรง ความเร่งด่วน และตามลำดับในผู้ป่วยแต่ละประเภท

การให้บริการทางด่วน หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยต่าง ๆ ที่อยู่ในเกณฑ์ ได้แก่ การให้บริการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและต้องการได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเร่งด่วนโดยการตรวจรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางกายและทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หรือผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยรถเข็น/พระภิกษุ /ผู้ป่วยสูงอายุ70ปีขึ้นไป/ผู้ป่วยสถานสงเคราะห์/ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

การสัมภาษณ์และการประเมินก่อนพบแพทย์ หมายถึง การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยรายใหม่/การประเมินอาการ/การประเมินความเสี่ยง/ การประเมินสภาพปัญหา การให้ความช่วยเหลือ/แนะนำเบื้องต้นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายเก่า/ญาติ/ผู้นำส่ง ก่อนพบแพทย์

การบริการตรวจวินิจฉัยรักษา หมายถึง การให้บริการตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาโดยแพทย์ แก่ผู้ป่วย/ญาติ ตามลำดับคิวที่ได้รับ หรือตามความเร่งด่วน

การให้บริการหลังพบแพทย์ หมายถึง การการตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น พบนักจิตวิทยา พบนักสังคมสงเคราะห์ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คลินิกบำบัดต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกยาเสพติด คลินิกคลายเครียด คลินิกให้คำปรึกษา การส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นต้น

การให้บริการรักษาในโรงพยาบาลบางส่วนและการรักษาผู้ป่วยนอกแบบเร่งรัด เพื่อจัดการกับอาการที่รุนแรงและการอาศัยที่บ้านอย่างปลอดภัย การให้บริการในส่วนนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับรักษาอาการที่รุนแรงแต่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาหรือการพยาบาล 24 ชั่วโมง โปรแกรมการบำบัดมักทำงานอย่างเป็นอิสระ และยังทำหน้าที่เป็นโปรแกรมลดขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยใน

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในแผนกฉุกเฉิน

สภาพแวดล้อมทางคลินิกที่ท้าทายที่สุดแห่งหนึ่งในการพยาบาลจิตเวชก็คือ การให้บริการในแผนกฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งในแผนกฉุกเฉินต้องการความรวดเร็ว มักมีปัจจัยกระตุ้นมากเกินไป และมีทรัพยากรจำกัดสำหรับสำหรับบุคคลที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและ/หรือการใช้สารเสพติด การให้บริการฉุกเฉินทางจิตเวชสามารถเกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป/เฉพาะทางจิตเวช รวมถึงบริการให้คำปรึกษาในศูนย์การแพทย์หรือแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล หน่วยสังเกตอาการ หน่วยการบำบัดภาวะวิกฤต ทีมบำบัดเคลื่อนที่ สำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตที่ไม่ต้องการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ในการตรวจสภาพจิตในแผนกฉุกเฉิน อาการบางอย่างที่ตรวจพบก็อาจช่วยบอกว่าผู้ป่วยมีความเร่งด่วนต่อการช่วยเหลือเพียงใด อาการที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและเฉียบพลันประกอบด้วย

1. ระดับความรู้สึกตัว (conscious) – สับสน งุนงง ไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือไม่รู้สึกตัว

2. ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรม (appearance and behaviors) - พฤติกรรมรุนแรง เช่น เอะอะ ก้าวร้าว หรือไม่เป็นมิตร พกอาวุธ แสดงท่าทางต่อสู้ หรือมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลา ระมัดระวังตัวมาก หวาดระแวง หรือหวาดกลัว

3. อารมณ์ (emotions) – อารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรง (โดยจะร่วมกับความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ก็ตาม) อารมณ์โกรธ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธซึ่งผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ (impulsive)

4. ความคิด (thought) – มีความคิดจะฆ่าตนเองหรือฆ่าผู้อื่น ความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย ความรู้สึกผิดหรือรู้สึกเป็นบาปอย่างรุนแรง ความคิดว่าตนเองไร้ค่า หมดหวัง ขาดที่พึ่ง และโดดเดี่ยว

5. การรับรู้ความรู้สึก (perception) – มีประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงตำหนิ เสียงด่า เสียงสาปแช่ง เสียงขู่จะทำร้าย หรือเสียงสั่งให้กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ประสาทหลอนทางตาที่น่ากลัว เช่น เห็นภาพสัตว์ร้าย ภาพปีศาจมาหลอกหลอน หรือภาพคนถืออาวุธจะทำร้าย รวมทั้งการแปลสิ่งเร้าผิด เช่นเห็นกิ่งไม้ใกล้ ๆ ตัวเป็นงูพิษซึ่งกำลังจะกัดตน เป็นต้น

จะเห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวอาจเกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่นได้ จึงสมควรจะต้องรีบช่วยเหลือ ซึ่งอาจทำได้โดยการรับไว้ในโรงพยาบาล หรือให้ยาขนาดที่ได้ผลในระยะสั้น พร้อมกับนัดมาพบแพทย์บ่อย ๆ สุดแต่ความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยต้องอยู่ในสถานพยาบาลที่ต้องได้รับการบำบัดเป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งคืน โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกไม่จำเป็นต้องค้างคืนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถออกจากห้องตรวจของแพทย์ คลินิกผู้ป่วยนอก

หรือโรงพยาบาลได้เมื่อขั้นตอนการรักษาสิ้นสุดลง บางครั้งต้องรอเพื่อการให้ยาหรือเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ตราบใดที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ผู้ป่วยก็ไม่ต้องค้างคืนเพื่อการดูแล

เกณฑ์การรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยแสดงอาการสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-5 ซึ่งต้องการการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมเหตุสมผล

โดยมีอาการตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ (2-11) และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าจะก่อให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือรุนแรง หรือมีความผิดปกติทางจิตสังคม ดังต่อไปนี้[2]

2. มีความพยายามฆ่าตัวตายที่มีความตั้งใจให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งมีแผนและวิธีการ มีพฤติกรรมรุนแรงและ/หรือเกิดความเป็นพิษที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บางกรณีอาจต้องมีการสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขั้นต้นภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อแยกแยะว่ามีอาการเฉียบพลันอาการทางจิตเวชและ/หรือเป็นผลมาจากความเป็นพิษ
3. มีความคิดฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนแบบมีคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หลงผิดแบบรู้สึกผิด ความเจ็บปวดเรื้อรัง ความเพ้อฝันถึงความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือหมดหนทาง อารมณ์หุนหันพลันแล่น หรือตัวชี้วัดอื่น ๆ ของการฆ่าตัวตาย/ฆาตกรรมเจตนา
4. มีภัยคุกคามหรือพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายในปัจจุบัน ตามความผิดปกติใน DSM-5 ที่มีความเสี่ยงที่ชัดเจนของการเพิ่มขึ้นหรือการทำซ้ำในอนาคต (เช่น มีแผนและวิธีการ)
5. การทำร้ายตัวเองรุนแรง (ไม่เรื้อรัง) มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงหรือสูญเสียการควบคุมแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรืออื่น ๆ ทันทีก่อนการรับเข้าการรักษาตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ DSM-5
6. มีพฤติกรรมผิดปกติ/แปลก ๆ ความกระวนกระวายใจ หรือปัญญาอ่อนที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันถึงขั้นที่ไม่สามารถทำงานได้ ในระดับการดูแลที่น้อยกว่าระดับวิกฤต
7. อาการมึนงงไม่รู้วัน สถานที่ บุคคล การตัดสินใจและความจำบกพร่องตามเกณฑ์ของ DSM-5 ตามด้วยอาการกระวนกระวายใจรุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
8. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีความบกพร่องทางสังคม มนุษยสัมพันธ์ การทำงานและ/หรือการศึกษา มีความบกพร่องรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งควรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเท่านั้น
9. ผู้ป่วยวัยเด็ก/วัยรุ่นมีความบกพร่องด้านพัฒนาการหลายด้านที่รุนแรงไม่เหมาะสมกับวัย และ/หรือมีประสบการณ์ด้านครอบครัวและที่ทำงาน/โรงเรียนเสื่อมลงอย่างรุนแรง และไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อการประเมินและรักษาโรคเพียงพอ
10. ไม่สามารถคงไว้ซึ่งโภชนาการหรือการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเวชและไม่สามารถพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชนเพื่อการดูแลที่จำเป็นได้
11. ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตจากยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของแผนกผู้ป่วยใน

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ญาติ ชุมชนหรือทรัพย์สิน ผู้ป่วยจะได้รับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การบริการผู้ป่วยในแบ่งตามระยะความรุนแรงของอาการ คือ การดูแลในระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน โดยแบ่งพื้นที่การดูแลตามพื้นที่ ดังนี้[1]

- **การดูแลในระยะเฉียบพลัน (acute inpatient care)** หอผู้ป่วยนี้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น และไม่สามารถตอบสนองต้องการขั้นพื้นฐานของตนได้เนื่องจากระดับของความบกพร่อง การรักษาในหอผู้ป่วยนี้เป็นการรักษาในระยะสั้นโดยเน้นที่การปรับความสมดุลในภาวะวิกฤต การรักษาด้วยยาเป็นหลัก บางรายอาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยประมาณ 14 วัน เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา จะย้ายผู้ป่วยไปดูแลในระยะกึ่งเฉียบพลัน หอผู้ป่วยนี้อาจอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจิตเวช
- **การดูแลในระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute or intermediate inpatient care)** หอผู้ป่วยนี้รับผู้ป่วยโดยตรงหรือรับการส่งต่อมาจากหอผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน หอผู้ป่วยนี้ยังคงเน้นการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังและเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจากอาการทางจิต หรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลและสนับสนุนเพื่อให้ทำหน้าที่ได้อย่างเป็นอิสระตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ กรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางด้านครอบครัว/ชุมชน ต้องมีการเตรียมความพร้อมร่วมกับครอบครัว/ชุมชน ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลประมาณ 31 วัน นอกจากนั้นยังรวมถึงผู้ป่วยคดีทางอาญาเข้าสู่การบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

เกณฑ์การรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล

เกณฑ์ต่อไปนี้ทั้งหมดจำเป็นสำหรับการรักษาต่อเนื่องที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

1. อาการของผู้ป่วยยังคงมีอาการที่เป็นไปตามเกณฑ์การรับเข้าการดูแลเป็นผู้ป่วยในแบบการรักษาแบบเฉียบพลัน (รวมถึงการได้รับยารักษาโรคจิต) และไม่สามารถให้การดูแลที่เข้มข้นน้อยกว่านี้
2. หลังจากการประเมินและการรักษาคงที่เบื้องต้นแล้ว ให้พิจารณาว่าอาการของผู้ป่วยบ่งบอกถึงความผิดปกติตามเกณฑ์ของ DSM-5 ซึ่งยังต้องการการดูแลในระดับนี้ต่อไป
3. กระบวนการวางแผนการจำหน่ายของทีมสหสาขาวิชาชีพเริ่มจาก การประเมินและแผนเบื้องต้นเมื่อเข้ารับการรักษาและรวมถึงระบบช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ปกครองมีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว/การสนับสนุน
4. การวางแผนการรักษาเป็นรายบุคคลให้มีความเหมาะสมกับอายุและอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุสมผล เฉพาะเจาะจง และมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ การวางแผนการรักษาประกอบด้วย การประเมินครอบครัว ระบบสนับสนุน สังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ

และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กระบวนการนี้ควรมีครอบครัว ผู้ปกครอง และ/หรือผู้ช่วยเหลืออื่น ๆ มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เว้นแต่มีข้อห้าม การปรึกษาหารือกับครอบครัวต้องเกิดขึ้นเป็นประจำและทันท่วงทีในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่คาดหวังจากการรักษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการจัดทำเอกสารต่าง ๆ รวมถึงการบำบัดครอบครัวและการบำบัดแบบกลุ่ม แผนการรักษาได้รับการดำเนินการและปรับปรุงด้วยตามความเหมาะสมกับการรูปแบบของการบำบัด

5. การให้บริการและการรักษาทั้งหมดเป็นแบบมีโครงสร้างที่พิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในเวลาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี
6. ความคืบหน้าเกี่ยวกับอาการเฉพาะหรือความบกพร่องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน และสามารถอธิบายได้ในแง่วัตถุประสงค์ แต่ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายของการรักษาหรือต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่ยังไม่มีความก้าวหน้าและ/หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช/การแพทย์เชิงประจักษ์ที่ชัดเจน
7. ให้การดูแลในลักษณะที่เหมาะสมทางคลินิกและมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและการทำงานของผู้ป่วยตามที่อธิบายไว้ในแผนการบำบัดและแผนการจำหน่าย
8. เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตที่เหมาะสม และต้องมีการรักษาและ/หรือประเมินผลของยาที่ได้รับ
9. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในแผนการดูแลและการรักษาสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย
10. ครอบครัว ผู้ปกครอง และ/หรือผู้ช่วยเหลือ ควรมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการรักษาตามที่แผนการรักษา เว้นแต่จะมีข้อห้าม
11. มีการจัดทำเอกสารในการประสานงานการดูแลกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ การบริการปฐมภูมิและบริการอื่น ๆ

เกณฑ์การแยกผู้ป่วยออกจากการดูแลในโรงพยาบาล

เกณฑ์ใด ๆ ต่อไปนี้ (1-5) เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากการดูแลในโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการรักษาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในระดับการดูแลที่เข้มข้นน้อยกว่า
2. ผู้ป่วยแสดงอาการป่วยทางจิตที่ร้ายแรงและต่อเนื่องแต่ไม่อยู่ในอาการเจ็บป่วยกำเริบเฉียบพลัน
3. การประเมินสภาพร่างกายแสดงให้เห็นว่าควรได้รับการรักษาโรคทางกาย
4. ปัญหาหลักไม่ใช่ปัญหาทางจิตเวช แต่เป็นปัญหาด้านสังคม กฎหมาย หรือ ปัญหาโรคทางกายโดยไม่มีอาการทางจิตเวชที่สำคัญที่เกิดขึ้นควบคู่กันที่เข้าเกณฑ์สำหรับการดูแล หรือควรได้รับการรักษาหรือกักขังแบบทางเลือกอื่น ระบบยุติธรรมของเยาวชน หรือสำหรับการพักอาศัย
5. มีอาการที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่

   ก. มีความผิดปกติทางปัญญาอย่างถาวรโดยไม่มีอาการเฉียบพลันตามเกณฑ์ DSM-5

   ข. มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่ควรได้รับการรักษาในระดับการดูแลเฉพาะทาง

ค. การเจ็บป่วยทางกายที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป

ง. ความคาดหวังต่อการรักษาที่ก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายการรักษาความบกพร่อง

จ. อาการเรื้อรังโดยไม่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา ได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับสู่ชุมชน สามารถกลับไปรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และต้องมีญาติมารับกลับ หรือบางกรณีอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านเอง โดยรถโดยสารสาธารณะ ในกรณีที่ญาติไม่สามารถมารับกลับได้ และผู้ป่วยสามารถเดินทางกลับเองได้ หรืออาจพิจารณานำส่งที่บ้าน ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือติดต่อญาติไม่ได้ เช่น กรณีผู้ป่วยที่บังคับรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ โรงพยาบาลจะประสานเพื่อส่งไปสถานสงเคราะห์ต่อไป และผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนัดมารับยาต่อเนื่องและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก จนกว่าแพทย์จะพิจารณาส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือสั่งหยุดการรักษา

เกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (1-7) ก็เพียงพอแล้วสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีอาการไม่ผ่านเกณฑ์การรับเข้าหรือไม่ตรงตามเกณฑ์สำหรับระดับการดูแลที่เข้มข้นอีกต่อไป
2. บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแผนการรักษาแล้วและ/หรือโปรแกรม สามารถให้ผู้ป่วยได้การดูแลต่อเนื่องที่ปลอดภัยและการดูแลที่เข้มข้นน้อยกว่าได้ สามารถติดตามผลหลังการรักษาและมีการนัดหมายตามกรอบเวลาที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วย ผู้ปกครอง และ/หรือผู้ปกครองตามกฎหมายไม่ได้มีส่วนร่วมในการรักษาหรือในการปฏิบัติตามกฎและข้อบังคับของการบำบัด การขาดการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่ทำให้การรักษาไม่ปลอดภัยและไม่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ไขปัญหาการมีส่วนร่วม
4. ผู้ป่วยเพิกถอนการยินยอมให้รักษาแล้วหรือไม่ก็ได้ระบุว่าการรักษาผู้ป่วยใน หรือศาลปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในโดยไม่สมัครใจ
5. ผู้ป่วยมีระบบสนับสนุนที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมการรักษาที่จำกัดน้อยด้วยความปลอดภัย
6. ผู้ป่วยไม่มีความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายการรักษาและไม่มีความคาดหวังที่จะบรรลุเป้าหมายอย่างสมเหตุสมผล
7. อาการของผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องย้ายไปรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโรคทางกาย

2. การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

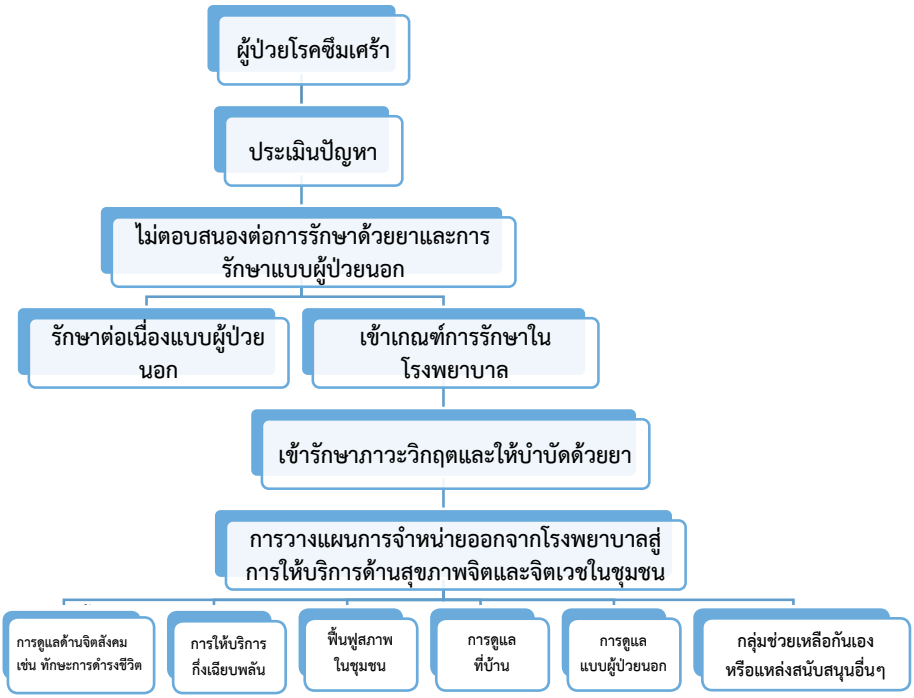
เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน หอผู้ป่วยที่จำหน่ายจะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่เครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยโปรแกรม ThaiCoC ทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยที่ส่งสถานสงเคราะห์ หรือไม่มีเลข 13 หลัก การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนสามารถอธิบายได้ดีที่สุดว่าเป็นการส่งเสริมการรักษาสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมในชุมชนที่ทุกกลุ่มเข้าถึง รวมทั้งเด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดจากค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ และการปฏิบัติจากทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์เป็นฐาน การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนอาจรวมถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินและภาวะวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมง การรักษา การคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพจิตของรัฐโดยไม่สมัครใจ การรักษาในโรงพยาบาลบางส่วน และโปรแกรมการรักษาระหว่างวัน การจัดการรายกรณี โปรแกรมการรักษาที่อยู่อาศัยในชุมชน การดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุน และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป้าหมายหลักของสุขภาพจิตชุมชนเพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แนวทางการรักษาที่เป็นนวัตกรรมใหม่

หลักการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

แนวคิดเรื่องจิตเวชชุมชนเกิดขึ้นตอนกลางศตวรรษที่ 20 เกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ ฟื้นฟู และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หลักการให้บริการโดยใช้แนวทางจิตเวชศาสตร์ชุมชน ดังนี้[3]

1. บริการที่ชุมชนเป็นพื้นฐาน เป็นการบริการเน้นชุมชนเป็นหลัก โดยเป็นบริการที่ชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน โดยเน้นแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาในชุมชนเป็นหลัก
2. บริการที่เข้าหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เป็นงานเชิงรุก โดยเป็นการศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์ และออกแบบวิธีการป้องกันโดยไม่รอให้ผู้ป่วยมาหาบริการที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงก่อนที่ผู้นั้นจะป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
3. บริการที่เน้นการป้องกันมากกว่าแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ ทำให้ชุมชนเข้าใจถึงปัญหา มีวิธีการป้องกันตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น
4. บริการที่สามารถลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการโดยรวม การให้บริการจิตเวชในชุมชนทำให้มีการป้องกันในระดับปฐมภูมิมากขึ้น จะลดอุบัติการณ์ของปัญหาทางจิตเวช ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาฟื้นฟูได้มาก
5. บริการครบรูปแบบ เช่น บริการฉุกเฉิน ให้คำปรึกษา การให้บริการผู้ติดสุราและสารเสพติด
6. บริการสหวิชาชีพ เป็นการให้บริการโดยทีมงานที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาวิชาที่แตกต่างกัน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
7. บริการต่อเนื่อง เป็นการจัดระบบบริการให้ต่อเนื่องตั้งแต่การรักษาสู่การฟื้นฟู

8. ผสมผสานกับบริการสาธารณสุขอื่น เช่น การส่งเสริมทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ
9. มีการประเมินผลการบริการและการวิจัย เพื่อวางแผนการให้บริการ การประเมินผลเพื่อพัฒนาการให้บริการให้ได้ผล
10. มีการส่งตัวผู้ป่วยอย่างมีระบบ ปัญหาของผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการบริการโดยทีมจิตเวชที่มีความพร้อมมากกว่า จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อให้ครบวงจร และผู้ที่ได้รับการรักษาจากทีมจิตเวชแล้วอาจมารับการรักษาหรือฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยการส่งต่อกลับเช่นเดียวกัน



ภาพที่ 1.1 ตัวอย่างเส้นทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนมีรูปแบบ ดังนี้

1. การคัดกรอง ส่งต่ออย่างเหมาะสมและติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน รวมถึงให้การส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตในชุมชน
2. การให้การดูแลด้านจิตสังคม เช่น การให้ความรู้ชุมชน การสร้างจิตอาสา การให้คำปรึกษา การฝึกทักษะทางสังคม
3. การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ประชาชนกลุ่มปกติ
4. การคัดกรองเพื่อการส่งต่อและติดตามผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเหมาะสม
5. ร่วมติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมาดูแลและฟื้นฟูในพื้นที่

การจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี (case management) หมายถึง ระบบการให้และติดตามการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมการเข้าถึง ค่าใช้จ่าย และคุณภาพ ก่อนหรือระหว่างการให้บริการ เป้าหมายของการจัดการรายกรณีเพื่อให้บริการในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่จะเป็นไปได้ (cost-efficient) การจัดการรายกรณีเป็นการติดตามการให้บริการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและจำกัดการเข้าถึงการบริการที่แพงเกินไป

บทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชชุมชน ได้แก่ การประสานการดูแลด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย จิตวิญญาณ สุขภาพ บริการสังคม บริการการศึกษา และอาชีวศึกษา ของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในความเป็นจริงของการปฏิบัติงานในชุมชน มีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายที่ต้องการการรักษาอาการป่วยทางจิตที่ไม่ซับซ้อนเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยทางจิตมักมีอาการความรุนแรงเพิ่มขึ้นและมาพร้อมการใช้สารเสพติด ปัญหาความยากจน และความเครียด จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ป่วยทางจิตก็มีความเสี่ยงของโรคทางกายสูงกว่าประชากรทั่วไป

พยาบาลสุขภาพจิตจิตเวชชุมชนอยู่ในตำแหน่งที่ดีที่สุดในการช่วยทีมสุขภาพในการเชื่อมช่องว่างระหว่างความต้องการทางจิตเวชและความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย และยังทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ชุมชน และเครือข่ายในการจัดการระบบการทำงานแบบบูรณาการ ผู้จัดการกรณี (case manager) มีหน้าที่ประสานงานและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลเบื้องต้น ซึ่งมักประสบความสำเร็จมากขึ้นจากการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และยังเป็นการป้องกันโรคทำให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค

3. บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามหน่วยบริการ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทที่แตกต่างกันตามลักษณะของหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ดังนี้

บทบาทพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกจิตเวช

ปัจจุบันโรงพยาบาลทั่วไปได้เพิ่มแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่ไม่ได้รับการฝึกเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องได้รับฝึกฝนพร้อมตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย มักขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการประเมินและจัดการกับผู้ป่วย พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป จึงได้รับการพัฒนาในบทบาทเพื่อการปฏิบัติงานที่ขึ้นสูงในการเตรียมความพร้อมของความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หนึ่งในบทบาทนั้น คือ การให้คำปรึกษา ตัวแทนประสานงาน (liaison) ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปมีหน้าที่ ดังนี้

- ทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล
- ให้แนวทาง ความรู้ และสนับสนุนพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยและประสานงานกับพยาบาลทั่วไปในการวางแผนการพยาบาล
- แสดงบทบาทเป็นตัวอย่างเชิงบวกแก่พยาบาลทั่วไปในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ทำงานร่วมกับแหล่งสนับสนุนในโครงการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้ และพัฒนานโยบาย ทำงานประสานงานร่วมกับการบริการทั่วไปกับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน และชุมชน)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกจิตเวช

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่แผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วย[1]

1. ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก/คลินิกจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง/พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)

2. พยาบาลประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยการสังเกตหรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS) หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ถ้าใช้แบบประเมิน OAS ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

- คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถรับฟังเตือนแล้วสงบลงได้ เป็นต้น

- คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

- คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS ≤ 1) หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD สามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และรายงานแพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาปกติ

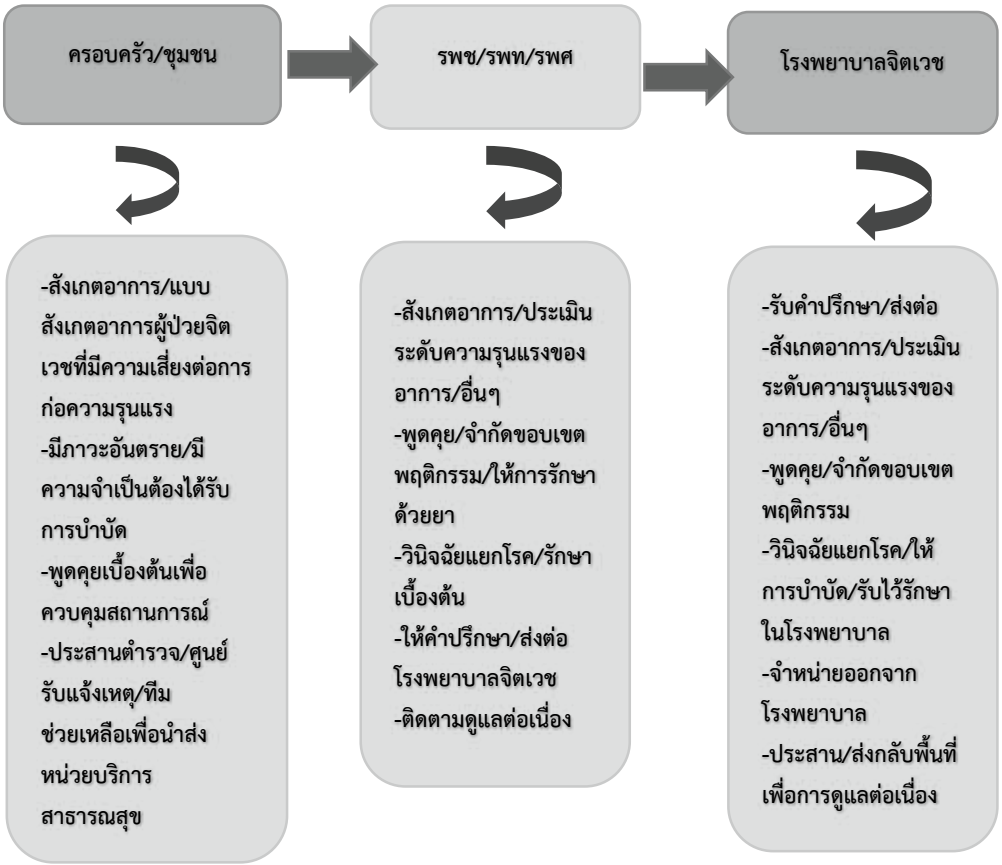
4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS ≥ 2) หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ พยาบาล OPD ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น หน่วยรักษาความปลอดภัย ศูนย์เปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้นเพื่อเฝ้าระวัง /จำกัดพฤติกรรม

5. พยาบาลรายงานแพทย์ และประเมินอาการส่งห้องฉุกเฉิน

บทบาทพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน

พยาบาลด้านสุขภาพจิต/จิตเวชที่ทำงานแผนกฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องระบุตัวเองว่าเป็นพยาบาลสุขภาพจิต/จิตเวชเสมอไป แต่ควรมุ่งเน้นไปที่การประเมินและรับการส่งต่อของผู้ป่วยมายังแผนกฉุกเฉินด้วยเหตุผลด้านสุขภาพจิต ขึ้นอยู่กับการให้บริการที่เน้นภาวะวิกฤต บางคนอาจเห็นบทบาทของตนในวงกว้าง เช่น การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อเข้าถึงการรักษาด้านร่างกาย ให้การรักษา และการติดตามผลการรักษา พยาบาลด้านสุขภาพจิตในแผนกฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่ในให้บริการด้านสุขภาพจิตในแผนกฉุกเฉิน ให้บริการการสนับสนุน และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่แผนกสุขภาพจิต

พยาบาลประจำโรงพยาบาลทั่วไปและ/หรือแผนกฉุกเฉิน การทำงานร่วมกับแพทย์ที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในสุขภาพจิต และการทำงานหน่วยวิกฤตที่ไม่ใช่ทางจิตเวช ทำให้พยาบาลด้านสุขภาพจิตเป็นชนกลุ่มน้อย ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่แพทย์ขาดความรู้ ทักษะด้านสุขภาพจิต ขาดความมั่นใจในการใส่ใจสุขภาพจิต และความต้องการของผู้ป่วยในระบบการดูแลที่เน้นการดูแลร่างกาย



ภาพที่ 1.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน[1]

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน (ER)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินประกอบด้วย[1]

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง/มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่งมาที่แผนกฉุกเฉินด้วยปัญหาด้านพฤติกรรม ดังนี้ มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอนหวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)

2. พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน ประเมินสถานการณ์และอาการความรุนแรง โดยการสังเกตหรือใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง เช่น แบบประเมิน OAS หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมมาก (OAS ≥ 2) หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน ไม่สามารถจัดการได้ ประสานทีมช่วยเหลือ เช่น หน่วยรักษาความปลอดภัย ศูนย์เปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

4. ถ้าความรุนแรงของพฤติกรรมน้อย (OAS ≤ 1) หรือแบบประเมินอื่น ๆ ตามบริบทแต่ละพื้นที่ พยาบาล ประจำแผนกฉุกเฉินสามารถจัดการได้ โดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา หรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น

5. พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน ปรึกษาแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น หรือปรึกษาจิตแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา

6. การวินิจฉัยแยกโรคโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, electrolyte, BUN, creatinine ถ้ามีประวัติดื่มสุราตรวจ LFT และอื่น ๆ ตามแพทย์สั่ง ถ้าสงสัยการใช้สารเสพติดให้ส่งตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดและอื่น ๆ ตามแพทย์สั่งและให้การรักษา

7. ประเมินอาการหลังให้การรักษา

- ถ้าอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แพทย์พิจารณารักษาแบบผู้ป่วยนอกและนัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช

- ถ้าจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการ แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินทำเอกสารให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไปยังแผนกผู้ป่วยใน

- ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการได้และเกินขีดความสามารถของหน่วยงาน แพทย์พิจารณาส่งต่อตามระบบการส่งต่อของแต่ละจังหวัด/เขตสุขภาพ