



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนปรุง

แนวปฏิบัติ

หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน
และหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ ระดับที่ปรึกษา
สาขาจิตเวชฉุกเฉิน
ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 1

PEMS



โดย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 1

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติฉัตรนันทน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงณิชาภา สวัสดิทานนท์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงดุจฎี จิงศิริกุลวิทย์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิตและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ผู้เรียบเรียง

นายแพทย์กฤษณ์ติพงษ์ อรัณยสิทธิ์ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนปรุง
นายแพทย์กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง
นางชุดิภาญจน์ ทองสุข หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสาวกชพร ศรีบุญเรือง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง
ดร.อรทัย ศรีศิลป์ หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเชียงใหม่
นางสาวน้ำฝน ปิยะตระกูล เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสาวสุรารักษ์ สิ้นทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง
นางสาวภัทราภรณ์ ใจก้อน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง

บรรณาธิการ

นายแพทย์กฤษณ์ติพงษ์ อรัณยสิทธิ์
นายแพทย์กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา
นางชุดิภาญจน์ ทองสุข
นางสาวกชพร ศรีบุญเรือง

จัดพิมพ์โดย โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่ สุเทพการพิมพ์ แอนด์ มีเดีย จำกัด

ออกแบบปก นางสาวภัทราภรณ์ ใจก้อน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, คณะกรรมการทีมแพทย์เฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน.
แนวปฏิบัติ หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน และหน่วยอำนาจการที่ปรึกษา
สาขาจิตเวชฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 1 – เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2568. 24 หน้า.

1.ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช. I. ชื่อเรื่อง.

616.89025

ISBN 978-616-8340-26-4

คำนิยม



นายแพทย์กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

แนวปฏิบัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน เป็นอีกก้าวสำคัญของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนสะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและความมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้อย่างแท้จริง ผมขอขอบคุณและสนับสนุนความพยายามนี้ และหวังว่าแนวทางดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนสร้างความปลอดภัยแก่สังคมโดยรวม

(นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

คำนิยม



ดร.พิเชษฐ์ หนองช้าง
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การจัดทำแนวปฏิบัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉินในครั้งนี้ เป็นตัวอย่างอันดีของการประสานพลังระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและสุขภาพจิต แนวทางนี้จะช่วยเพิ่มศักยภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยในการรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อน ผมเชื่อมั่นว่าการพัฒนาเชิงระบบเช่นนี้จะช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน ขอชื่นชมทุกภาคส่วนที่ร่วมแรงร่วมใจจนเกิดผลงานอันทรงคุณค่านี้

(นายพิเชษฐ์ หนองช้าง)
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คำนิยม



นายแพทย์สรวุฒิ บุญสุข

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและทวีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติเรื่อง "หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน และหน่วยอำนวยการที่ปรึกษาสาขาจิตเวชฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 1" ฉบับนี้ เป็นเอกสารที่มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตฉุกเฉินให้มีมาตรฐานที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถรองรับสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

ขอชื่นชมทีมงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่ได้ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัตินี้ขึ้นมา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า ให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพจิตฉุกเฉินให้ก้าวหน้าและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวปฏิบัตินี้จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านจิตเวชฉุกเฉินในเขตสุขภาพที่ 1 และเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาในระดับประเทศต่อไป

(ดร.นายแพทย์สรวุฒิ บุญสุข)

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1

คำนิยม



นายแพทย์วรินทร์เทพ เชื้อสำราญ
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

ในฐานะผู้ทำงานใกล้ชิดกับพื้นที่ แนวทางปฏิบัติฉบับนี้เป็นเครื่องมือที่ทรงคุณค่าในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติทางจิต การที่มีการออกแบบระบบที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทในเขตสุขภาพที่ 1 จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ขอขอบคุณทีมงานทุกฝ่ายที่ร่วมกันพัฒนางานชิ้นนี้ให้เกิดขึ้น ผมมั่นใจว่าแนวปฏิบัติฉบับนี้จะช่วยยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(นายวรินทร์เทพ เชื้อสำราญ)
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 1
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

คำนิยม



นายแพทย์กิตต์กวี โพธิ์โน
ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลสวนปรุงมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นกำลังหลักในการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชฉุกเฉินอย่างครบวงจร แนวทางนี้สะท้อนถึงความตั้งใจของทุกภาคส่วนที่ร่วมมือกันเพื่อลดความรุนแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผมหวังว่าแนวทางนี้จะเป็นต้นแบบที่ช่วยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในประเทศต่อไป ขอขอบคุณทุกหน่วยงานที่สนับสนุนจนแนวทางปฏิบัตินี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

(นายกิตต์กวี โพธิ์โน)
ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

คำนำ

ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและชุมชนได้ โดยในแต่ละปีนั้น พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 20 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อความรุนแรง อันเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนหรือเห็นภาพต่าง ๆ ว่าจะถูกทำร้าย จึงมีพฤติกรรมตอบโต้ผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ตามมาทำให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ดังรายงานข่าวที่ปรากฏบนสื่อต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวนี้ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งไปยังสถานบริการสุขภาพได้ โดยจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง ภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อีกช่องทางหนึ่งด้วย

นับตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2555-2559 มีรายงานจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติว่าผู้ที่มีลักษณะอาการดังกล่าวนี้ เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า 1.2 หมื่นคนต่อปี และในแต่ละปีมีแนวโน้มเรียกใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้าถึงระบบการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับพบว่ามีจำนวนไม่มากนัก เมื่อเทียบกับการคาดการณ์จำนวนผู้ที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแนวโน้มแสดงอาการคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์เข้าข่ายเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ปัญหาที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยและมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยด้านมาตรการทางกฎหมาย การกำหนดและการปฏิบัติตามนโยบาย ข้อจำกัดด้านจำนวนและทักษะของบุคลากร การออกแบบระบบบริการหรือกระบวนการที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือไม่จำเพาะต่อผู้ป่วยหรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอและยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังขาดความตระหนักหรือขาดทักษะที่เหมาะสมในการรับมือกับผู้ป่วยดังกล่าว ปัจจัยด้านทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ป่วยญาติและชุมชน ทั้งนี้เมื่อได้ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่า ควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดให้มีทักษะในเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และมีแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ เป็นต้น

โรงพยาบาลสวนปรุงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน และหน่วยอำนวยการระดับที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน ในเขตสุขภาพที่ 1 ขึ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมและบูรณาการจากหลายภาคส่วน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง โดยคาดหวังว่าจะช่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรม



ขอขอบคุณสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์การบริหารส่วนจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้ให้การสนับสนุนการจัดทำแนวปฏิบัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน และหน่วยอำนวยการ ระดับที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน ในเขตสุขภาพที่ 1 ฉบับนี้ ขึ้นจนสำเร็จ คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางปฏิบัติฉบับนี้ จะสามารถนำไปสู่การพัฒนาบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางด้านจิตเวชในพื้นที่ได้จริง บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของเจตนารมณ์ด้วยบริการได้มาตรฐาน อันจะนำไปสู่การลดอัตราการตายและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงต่อไป

คณะผู้จัดทำ
โรงพยาบาลสวนปรุง
สิงหาคม 2567



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนิยาม	ก
คำนำ	ฉ
สารบัญ	ซ
คำนิยาม	1
ขอบเขต	2
คำสั่งอำนวยการทั่วไป	3
แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	5
เกณฑ์วิธีและแนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยปฏิบัติการ (Protocol)	6
เกณฑ์วิธีและแนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยอำนวยการที่ปรึกษา (Protocol)	9
ข้อมูลยา Diazepam Injection	11
ข้อมูลยา Haloperidol Injection	12
ข้อมูลยา Midazolam Injection	13
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551	15
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	16
แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว	23
บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง	26
ระบบติดตามและการประเมินผล	30
เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มอาการที่ 13	31
การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ภาวะคลุ้มคลั่งจากจิตเวชและยาเสพติด	33
บรรณานุกรม	34
ภาคผนวก	35
แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (ตจ.1)	36
เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Over Aggression Scale: OAS)	40
ประเภทผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	41



คำนิยาม

“หน่วยปฏิบัติการแพทย์” หมายถึง หน่วยปฏิบัติการอำนวยการที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน

“จิตเวชฉุกเฉิน” หรือ Emergency psychiatry หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น โดยเน้นการตอบสนองที่รวดเร็วในทันที และมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนรอบข้าง จิตเวชฉุกเฉินจึงเน้นการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางจิตใจ การดูแลในบริบทนี้มักเกิดขึ้นในห้องฉุกเฉินหรือสถานการณ์ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นในชุมชนและสังคม

“จิตเวชเฉียบพลัน” หรือ Acute psychiatry หมายถึง ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งอาจไม่ได้เกิดขึ้นในบริบทฉุกเฉินเสมอไป โดยมักจะเกี่ยวข้องกับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อจัดการกับภาวะทางจิตที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้ารุนแรง หรืออาการทางจิตอื่น ๆ ที่มีความรุนแรง

“มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายถึง เกณฑ์สำหรับเทียบคุณภาพขั้นต่ำสุด ของการปฏิบัติการฉุกเฉินที่กำหนดขึ้นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายถึง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

“CBD 13” หมายถึง กลุ่มอาการนำ 13 : ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ แต่ไม่บ่อยเป็นปัญหาวิกฤต หากผู้ป่วยไม่ได้มีอันตรายคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งการแยกปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์จากการเจ็บป่วยทางกายอาจค่อนข้างยาก ต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้ 1) มีแผลถูกแทง ซึ่งเกิดจากการกระทำของตนเองเหนือข้อมือหรือข้อเท้า 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีอาการคล้ายปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์ 3) ทานยาเกินขนาดในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย การตอบสนองไม่วิกฤตในผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ 4) ผลฉีกขาดที่ข้อมือซึ่งห้ามเลือดให้หยุดได้ 5) เมายา/กินยา กลุ่มกระตุ้นประสาท 6) เมาสุราที่ยังรู้สึกตัว 7) มีพฤติกรรมต่างจากที่เคยเป็นในผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตเวช



ขอบเขต

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ และข้อจำกัดของหน่วยปฏิบัติการ พ.ศ. 2562 ในข้อ 4 หน่วยปฏิบัติการ มีประเภท และระดับ ดังนี้

(1) ประเภทปฏิบัติการแพทย์ มีระดับดังต่อไปนี้

ก. ระดับพื้นฐาน ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานตามการอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้นในห้วงเวลาขณะทำการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น

ข. ระดับสูง ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการจัดการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงตามการอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นในห้วงเวลาขณะทำการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น

ค. ระดับเฉพาะทาง ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการจัดการปฏิบัติการแพทย์เฉพาะทางให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงยิ่งต่อการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้นอย่างรวดเร็วในห้วงเวลาขณะทำการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น

(2) ประเภทปฏิบัติการอำนวยความสะดวก มีระดับ ดังต่อไปนี้

ก. ระดับพื้นฐาน ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกในการรับแจ้งและประสานงาน รวมทั้งอำนวยความสะดวกและกำกับการตามการอำนวยความสะดวกทั่วไปได้ตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์วิธีและคำสั่งประจำ

ข. ระดับสูง ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกในการรับแจ้ง ประสานงาน อำนวยความสะดวก และกำกับการตามการอำนวยความสะดวก ทั้งการอำนวยความสะดวกทั่วไปและการอำนวยความสะดวก ตรงได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงตามเกณฑ์วิธี คำสั่งประจำและคำสั่งการแพทย์

ค. ระดับที่ปรึกษา ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการจัดการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกในการอำนวยความสะดวก ทั้งการอำนวยความสะดวกทั่วไปและการอำนวยความสะดวกตรง โดยวุฒิแพทย์ฉุกเฉิน แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ หรือแพทย์อำนวยความสะดวกปฏิบัติการฉุกเฉินให้แก่หน่วยปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่

มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน สาขาจิตเวชฉุกเฉิน จึงแบ่งเป็น

1. มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (การรับเรื่อง สั่งการ ประสานงาน และอำนวยความสะดวก)

2. มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับการปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (การดูแล/เคลื่อนย้ายผู้ป่วย)



คำสั่งอำนวยความสะดวกทั่วไป

เกณฑ์ในการใช้คำสั่งอำนวยความสะดวก (Criteria)

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่สุขภาพจิต ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด เพ้อคลุ้มคลั่ง เพ้อตื่นเต้น พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และทำลายข้าวของเสียหาย (CBD¹ 13 รหัสแดง 7 และ 8)

การประเมินสถานการณ์/ ข้อควรระมัดระวังเป็นพิเศษ

ประเมินความปลอดภัยของสถานการณ์และสถานที่เกิดเหตุ : มีอาวุธหรือไม่ ผู้ป่วยอันตรายหรือไม่ แนวทางปฏิบัติเพื่อการประเมินและการให้การรักษา (Evaluation and Treatment) ณ จุดเกิดเหตุ

1. เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด ได้รับแจ้งเหตุ ผ่านหมายเลข โทรศัพท์สายด่วน 1669 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด พกอาวุธ เสี่ยงทำร้ายตนเอง เพ้อคลุ้มคลั่ง เพ้อตื่นเต้น พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และทำลายข้าวของเสียหาย ไม่ให้ความร่วมมือ

2. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์สั่งการประจำจังหวัด แจ้งตำรวจ ผ่านทาง โทรศัพท์สายด่วน 191 เพื่อตรวจสอบเหตุ พร้อมทั้งสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการ ALS² ในพื้นที่รับผิดชอบออกปฏิบัติการร่วม

3. หากผู้ป่วยไม่มีอาวุธ ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจพูดคุย เกลี้ยกล่อม พร้อมทั้งประเมินว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ ถ้าสถานการณ์ควบคุมได้ให้หน่วยปฏิบัติการ ALS นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา

4. ในกรณีตำรวจและหน่วยปฏิบัติการ ALS ออกปฏิบัติการร่วมกันแล้วยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ให้โทรศัพท์แจ้งกลับมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์สั่งการประจำจังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อประสานงานและสั่งการขอทีมปฏิบัติการ PEMS³ ออกปฏิบัติการร่วมแบบ Buddy on Scene⁴

5. หน่วยปฏิบัติการ PEMS ประสานขอคำสั่งจากแพทย์อำนวยความสะดวก เพื่อให้ยา Valium 10 mg IV พิจารณาให้ซ้ำได้ทุก 3-5 นาที หรือ Haloperidol 5 mg IM

6. ในกรณีพบว่า เหตุการณ์ดังกล่าว เข้าตามหลักเกณฑ์การเฝ้าระวังจิตใจผู้ประสบภัยจากสาธารณภัย และความรุนแรงทางสังคม ทีม MCATT⁵ ของพื้นที่ ออกปฏิบัติการร่วม



7. หน่วยปฏิบัติการ ALS และ PEMS ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายในเบื้องต้น หากพบว่า มีอาการทางกายร่วมด้วย ให้หน่วยปฏิบัติการ ALS นำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทางกายที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบ

8. หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่โรงพยาบาลทางกายเรียบร้อยแล้ว และไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางกาย ให้หน่วยปฏิบัติการ ALS/โรงพยาบาลทางกาย ประสานส่งรักษา โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าต่อไป

¹ เกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด พ.ศ. 2566 Emergency Medical Triage Protocol and Criteria Based Dispatch : CBD รหัส 7 : มีอาการเพื่อ คลุ้มคลั่ง/ เพ้อตื่นเต้น/ เจ้าหน้าที่ระงับภัยร้องขอ CBD รหัส 8 : พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

² หน่วยปฏิบัติการระดับสูง Advance Life Support

³ PEMS: หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatric) และ หน่วยอำนวยการ ที่ปรึกษาสาขาจิตเวชฉุกเฉิน

⁴ Buddy on Scene หมายถึง การออกปฏิบัติการร่วมกันของ ALS และ PEMS

⁵ ทีม MCATT คือ ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะ วิกฤต เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการ สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้ที่เกี่ยวข้อง



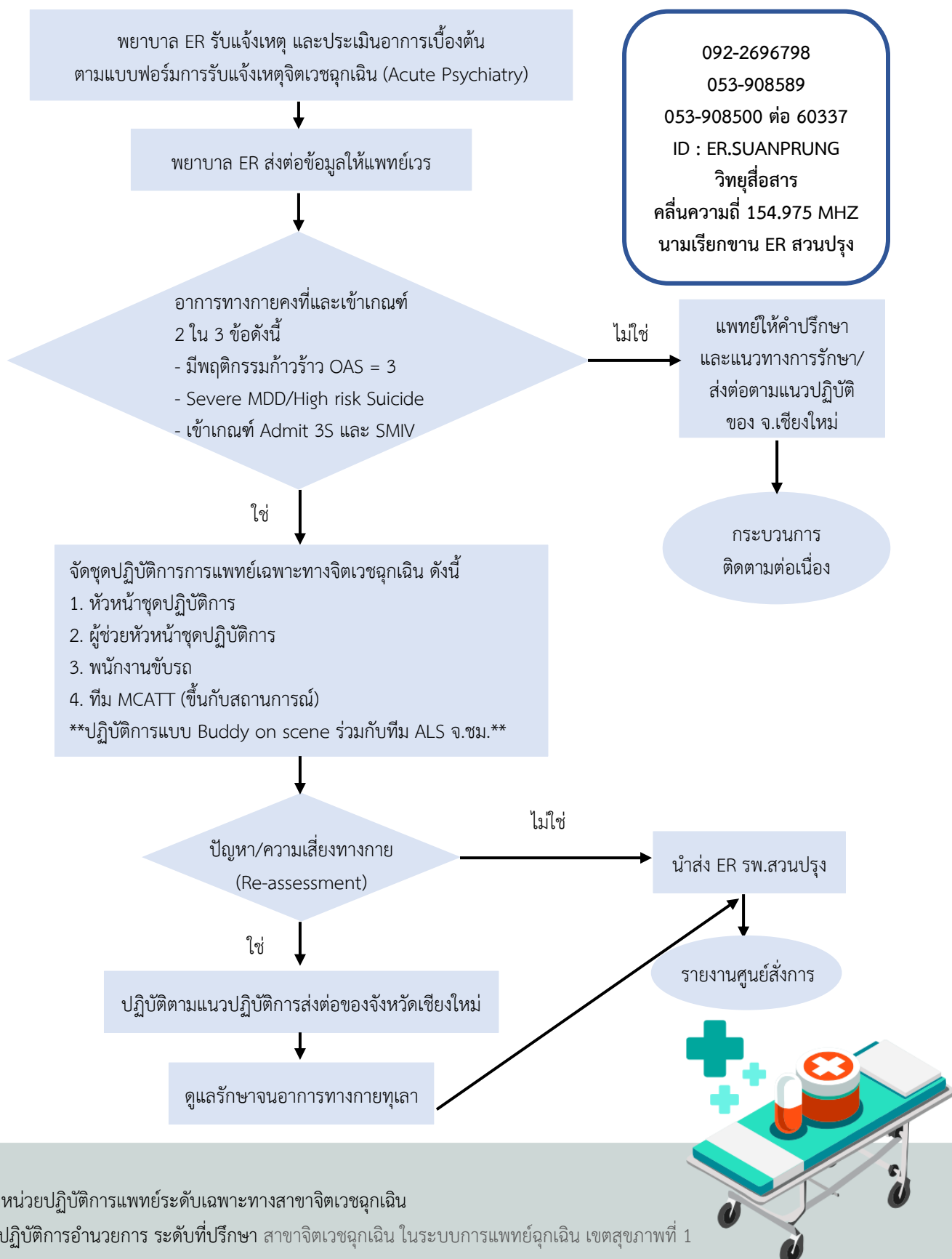
แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

1. แนวทางการรายงานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669	- เหตุการณ์ CBD 13 รหัสแดง 7 มีอาการเพ้อคลุ้ม คลั่ง/ เพ้อตื่นเต้น/ เจ้าหน้าที่ระงับภัยร้องขอ และ รหัสแดง 8 พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าว รุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น - รายละเอียดผู้แจ้งเหตุ วันที่ เวลา รับแจ้งเหตุ ชื่อผู้แจ้งเหตุ หน่วยงาน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ - รายละเอียดผู้ป่วย เช่น ชื่อสกุล เพศ อายุ บาดแผล หรือการบาดเจ็บ ประวัติการรักษาทางจิตเวช(ถ้ามี) อาการ เหตุการณ์ - การช่วยเหลือ/การรักษาเบื้องต้น
2. การดูแลและการทำหัตถการ สำหรับทีม ALS	- Diazepam 10 mg IV พิจารณาให้ซ้ำได้ทุก 3-5 นาที (Maximum dose 30 mg) ถ้าอาการยังไม่สงบ หลังได้ Max dose ให้ปรึกษาหน่วยอำนวยการ ระดับสูง - Haloperidol 5 mg IM
3. หัตถการ	- สามารถผูกยึด ยึดตรึง กับ Spinal board - ตรวจวัดสัญญาณชีพ
4. ทรัพยากร	- Spinal Board - อุปกรณ์สำหรับผูกยึด ยึดตรึง
5. ผู้รับรองคำสั่งอำนวยการ (แพทย์อำนวยการ)	- ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) รายงานแพทย์อำนวยการที่ ศูนย์เวียงพิงค์ โรงพยาบาลนครพิงค์



เกณฑ์วิธีและแนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยปฏิบัติการ (Protocol)
การแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatric)
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (08.00-16.00 น.) (CBD13 รหัสแดง 7 และ 8)

แนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatric)



ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. มีเหตุการณ์ CBD13 รหัสแดง 7 มีอาการเพื่อคลุ้มคลั่ง/ เพื่อตื่นเต้น/ เจ้าหน้าที่ระงับภัยร้องขอ และ รหัสแดง 8 พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เหตุการณ์เกิดในพื้นที่อำเภอเมือง เชียงใหม่

2. รับแจ้งเหตุจาก ผู้พบเห็นเหตุการณ์/ตำรวจ/ส่วนราชการ/ภาคเอกชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ ผ่าน 1669 (ศูนย์เฮอร์วีน องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่) โดยสามารถติดต่อผ่านช่องทาง Call center โรงพยาบาลสวนปรุง เบอร์โทรศัพท์ 053-908589, 053-908500 ต่อ 60337, 092-2692798, Line ID: ER.SUANPRUNG หรือ วิทยุสื่อสารช่อง 5 คลื่นความถี่ 154.975 MHZ นามเรียกขาน ER สวนปรุง

3. พยาบาล ER รับแจ้งเหตุ และประเมินอาการเบื้องต้น ตามแบบฟอร์มการรับแจ้งเหตุจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatry)

4. พยาบาล ER ที่รับแจ้งเหตุ ส่งต่อข้อมูลให้แพทย์เวรรับทราบ

5. หากอาการทางกายคงที่ ให้พิจารณาตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1) มีพฤติกรรมก้าวร้าว OAS=3

1.1 ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด รอยกรีดลึก เลือดออก หรือ มีการบาดเจ็บ อวัยวะภายใน หรือ หดสติ ฯลฯ

1.2 พุดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ขา เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ

1.3 ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทูบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือ สิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ

2) Severe MDD / High risk Suicide

3) เข้าเกณฑ์ Admit 3S และ SMIV

SMIV 1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMIV 2 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บแล้วสะท้อนในชุมชน

SMIV 3 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง



SMIV 4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อคดีอาญา รุนแรง (HDC: คดีอาชญากรรมรุนแรง ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) ผู้ต้องขังจิตเวช ที่ได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำและทัณฑสถาน

5.1 ไม่เข้าเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ แพทย์ให้คำปรึกษา แนวทางการรักษา หรือส่งต่อตามแนวปฏิบัติ การส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดเชียงใหม่ และมีระบบการติดตามต่อเนื่อง

5.2 เข้าเกณฑ์ 2 ใน 3 ข้อ ให้จัดชุดปฏิบัติการแพทย์เฉพาะทางจิตเวชฉุกเฉิน ดังนี้

- 1) หัวหน้าชุดปฏิบัติการ
- 2) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดปฏิบัติการ
- 3) พนักงานขับรถ

โดยออกปฏิบัติการแบบ Buddy on scene ร่วมกับ ALS จังหวัดเชียงใหม่ หากผู้ป่วย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองสูง ให้ปรึกษาทีมเจรจาต่อรองโดยทีมสหวิชาชีพ/ทีม MCATT ของ โรงพยาบาลสวนปรุง

6. เมื่อถึงที่เกิดเหตุ หัวหน้าชุด ประเมินปัญหาทางกาย ภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายอีกครั้ง (Re-Assessment) และปฏิบัติดังนี้

6.1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ให้การพยาบาลเบื้องต้น เช่น ผูกมัด ฉีดยา ให้ทีม ปฏิบัติการแจ้ง Call center โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อเตรียมความพร้อม และให้บริการทางด่วน (Fast Track)

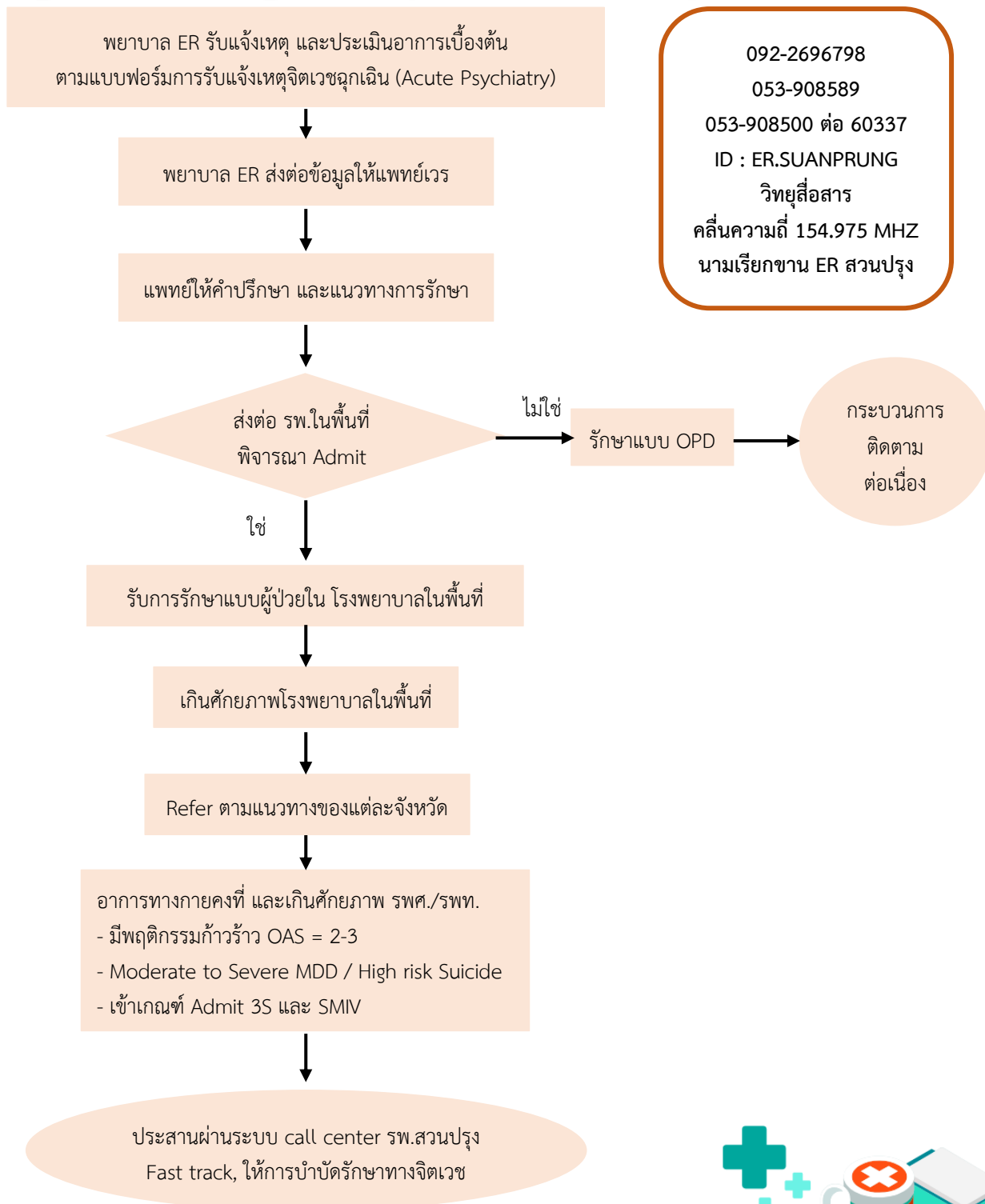
6.2 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยของ จังหวัด เชียงใหม่ หากให้การดูแล และรักษาอาการทางการเสีจล้น ให้ประสาน Refer ผ่านช่องทาง Call center ของโรงพยาบาลสวนปรุง

7. หลังจากสิ้นสุดกระบวนการ รายงานข้อมูลให้ 1669 ศูนย์เฝ้าระวัง



เกณฑ์วิธีและแนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยอำนวยการที่ปรึกษา (Protocol)
การให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1
จากจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตลอด 24 ชั่วโมง

แนวปฏิบัติตามการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatric)



ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. รับแจ้งเหตุจาก บุคลากรทางการแพทย์/ส่วนราชการ/ภาคเอกชน จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 ผ่าน 1669 โดยสามารถติดต่อผ่านช่องทาง Call center โรงพยาบาลสวนปรุง เบอร์โทรศัพท์ 053-908589, 053-908500 ต่อ 60337, 092-2692798, Line ID : ER.SUANPRUNG หรือ วิทยุสื่อสารช่อง 5 คลื่นความถี่ 154.975 MHZ นามเรียกขาน ER สวนปรุง

2. พยาบาล ER รับแจ้งเหตุ และประเมินอาการเบื้องต้น ตามแบบฟอร์ม การรับแจ้งเหตุจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Psychiatry)

3. พยาบาล ER ที่รับแจ้งเหตุ ส่งต่อข้อมูลให้แพทย์เวรรับทราบ

4. แพทย์ให้คำปรึกษา แนวทางการรักษา และคำแนะนำเบื้องต้น เพื่อส่งต่อ โรงพยาบาลในพื้นที่ พิจารณาการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

4.1 กรณีที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน หรือการโทรศัพท์สอบถามโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

4.2 กรณีที่รับรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในพื้นที่ หากอาการทางจิตกำเริบ หรือรับรักษาไว้แล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้พิจารณา Refer ตามแนวทางของแต่ละจังหวัด หากอาการทางกายคงที่ และเกินศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยเข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) มีพฤติกรรมก้าวร้าว OAS=2-3

2) Moderate to Severe MDD / High risk Suicide

3) เข้าเกณฑ์ 3S และ SMIV

ให้ประสานผ่านระบบ Call center โรงพยาบาลสวนปรุง หรือช่องทางด่วน เพื่อให้การรักษาบำบัดทางจิตเวช



ข้อมูลยา Diazepam Injection

ชื่อยา	- Diazepam
ความแรง / รูปแบบ	- 10 mg/2 ml Injection
ข้อบ่งใช้	- ทำให้สงบในผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$)
วิธีเตรียมยาฉีด	- ไม่ต้องเจือจาง
วิธีบริหารยา	- Direct IV ควรให้ยาในอัตราไม่เกิน 5 mg/min (การให้ยาเร็วอาจทำให้เกิด respiratory depression, hypotension)
ขนาดยา	- ขนาดยาเริ่มต้น; ผู้ใหญ่ 5-10 mg IV, ผู้สูงอายุ 2-5 mg IV - กรณีผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$) ให้ยาซ้ำได้ห่างจาก Diazepam IV dose ก่อนหน้าอย่างน้อย 3 ชั่วโมง - ขนาดยาสูงสุด; 40 mg/day [ยกเว้น กรณี Alcohol withdrawal และ ชัก ให้ตามแพทย์สั่ง]
การติดตามเมื่อได้รับยา	1. ก่อนให้ยา - ติดตาม Vital sign (BP, PR, HR, Oxygen saturation) - กรณี RR < 12 ครั้งต่อนาที, BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, HR < 60 ครั้งต่อนาที ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ 2. ระหว่างให้ยาและหลังให้ยา - ติดตาม Sedation score, Vital sign (BP, PR, HR, Oxygen saturation) - กรณี RR < 12 ครั้งต่อนาที, BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, HR < 60 ครั้งต่อนาที, Sedation score ≥ 2 ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ - ติดตามการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในตำแหน่งที่ให้ยา
ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Diazepam - ผู้ป่วยที่มีประวัติเกิด ADR รุนแรงจากยา Diazepam
อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ	- CNS depression, respiratory depression มีอาการสับสน โคม่า หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง พุดซำ



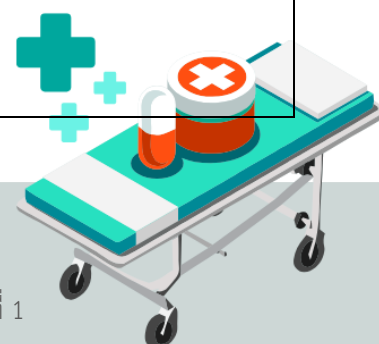
ข้อมูลยา Haloperidol Injection

ชื่อยา	- Haloperidol
ความแรง / รูปแบบ	- 10 mg/2 ml Injection
ข้อบ่งใช้	- ทำให้สงบในผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$)
วิธีเตรียมยาฉีด	- ไม่ต้องเจือจาง
วิธีบริหารยา	- IM เท่านั้น
ขนาดยา	- 2 - 5 mg IM - กรณีผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$) ให้ยาซ้ำได้ทุก 4 ชั่วโมง - กรณีผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 2$) ให้ยาซ้ำได้ทุก 1 ชั่วโมง
การติดตามเมื่อได้รับยา	1. ก่อนให้ยา - ติดตาม Vital sign (BP, PR, HR) - กรณี RR < 12 ครั้งต่อนาที, BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, PR < 60 ครั้งต่อนาที หรือ > 100 ครั้งต่อนาที ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ 2. ระหว่างให้ยาและหลังให้ยา - ติดตาม Vital sign (BP, PR, HR) - กรณี BP < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, PR < 60 ครั้งต่อนาที หรือ > 100 ครั้งต่อนาที, ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ - Extrapyramidal symptoms (EPS)
ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Haloperidol - ผู้ป่วยที่มีประวัติเกิด ADR รุนแรงจากยา Haloperidol
อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ	- Extrapyramidal symptoms (EPS) - Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) - Tachycardia, arrhythmia , QT prolongation



ข้อมูลยา Midazolam Injection

ชื่อยา	- Midazolam
ความแรง / รูปแบบ	- 5 mg/ ml Injection
ข้อบ่งใช้	- ทำให้สงบในผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$) ที่ไม่ได้เกิดจากพิษแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) - ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยา Haloperidol , Diazepam
การเก็บรักษา	- อุณหภูมิไม่เกิน 15-30 องศาเซลเซียส
วิธีเตรียมยาฉีด	- ไม่ต้องเจือจาง
วิธีบริหารยา	- Deep IM (แนะนำให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อมัดใหญ่) - ห้ามบริหารยา IV
ขนาดยา	- 5-10 mg IM (ขนาดยาสูงสุด; 40 mg/day) - ผู้ใหญ่ : ขนาดยาเริ่มต้น 2.5 -5 mg กรณีที่จำเป็นต้องให้ยามากกว่า 10 mg ให้รายงานแพทย์ก่อนบริหารยาครั้งต่อไป - ผู้สูงอายุ : ขนาดยาเริ่มต้น 1.25 - 2.5 mg กรณีที่จำเป็นต้องให้ยามากกว่า 5 mg ให้รายงานแพทย์ก่อนบริหารยาครั้งต่อไป - กรณีผู้ป่วยก้าวร้าว ($OAS \geq 1$) ให้ยาซ้ำได้ ทุก 5-20 นาที จนกว่าอาการสงบ
การติดตามเมื่อได้รับยา	1. ก่อนให้ยา - ติดตาม Vital sign (BP, PR, HR, Oxygen saturation) - กรณี $RR < 12$ ครั้งต่อนาที, $BP < 90/60$ มิลลิเมตรปรอท, $HR < 60$ ครั้งต่อนาที ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ 2. ระหว่างให้ยาและหลังให้ยา - ติดตาม Sedation score, Vital sign (BP, PR, HR, Oxygen saturation) - กรณี $RR < 12$ ครั้งต่อนาที, $BP < 90/60$ มิลลิเมตรปรอท, $HR < 60$ ครั้งต่อนาที, Sedation score ≥ 2 ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ
ข้อห้ามใช้/ข้อควรระวัง	- ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Midazolam - ผู้ป่วยที่มีประวัติเกิด ADR รุนแรงจากยา Midazolam



ข้อมูลยา Midazolam Injection (ต่อ)

อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ	- ระบบหายใจ : สะอึกไอ กล้องเสียงหดร่ง หดหมดลมหายใจ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด อัตราหายใจเร็ว - ระบบประสาท : เกิดการสงบระงับเกินขีด (excessive sedation) ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ - ภาวะกายใจไม่สงบ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ภาวะสูญเสียความจำ ขณะยาออกฤทธิ์ - ระบบทางเดินอาหาร : คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะหลั่งน้ำลายมาก อาการขย้อน ปากแห้ง ท้องผูก - ระบบผิวหนัง : ผื่นแดง ลมพิษ คัน - ระบบตา : มองภาพไม่ชัด เห็นภาพซ้อน อาการตากระตุก มีปัญหาในการปรับภาพให้เห็นได้ชัดเจน - อื่น ๆ : ผื่นแดงและปวดตรงบริเวณที่ฉีด หลอดเลือดดำอักเสบ
----------------------------	--



พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่ แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการ ผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

“แพทย์” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่า ด้วยวิชาชีพเวชกรรม

“จิตแพทย์” หมายความว่า แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสือ อนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญใน การประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา จิตเวชศาสตร์หรือสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

“พยาบาล” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลตาม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

“ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับ การบำบัดรักษา

“ผู้ป่วยคดี” หมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวน มูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับ การตรวจหรือบำบัดรักษารวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการ บำบัด รักษาภายหลังมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย

“ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติ ทางจิตแสดงออกโดยประการที่ น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

“ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของ ผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถใน การตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทา มิให้ ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงหรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น กับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทางกายภาพและทางสังคม

“สถานบำบัดรักษา” หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตาม พระราชบัญญัตินี้

“คุมขัง” หมายความว่า การจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลด้วย อำนาจของกฎหมายโดยการคุมตัว ควบคุม กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขังและ จำคุก

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

“คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา” หมายความว่า คณะกรรมการ สุขภาพจิตระดับสถานบำบัดรักษา

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบที่ คณะกรรมการกำหนดและ รัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“อธิบดี” หมายความว่า อธิบดีกรมสุขภาพจิต

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตาม พระราชบัญญัตินี้และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกระเบียบ และประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

ระเบียบและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ ใช้บังคับได้



พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “สุขภาพ” และ “สุขภาพจิต” ก่อนบทนิยามคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“สุขภาพ” หมายความว่า สุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“สุขภาพจิต” หมายความว่า สุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลกับสุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม”

มาตรา ๔ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “ผู้รับดูแลผู้ป่วย” ระหว่างบทนิยามคำว่า “ผู้ป่วยคดี” และคำว่า “ภาวะอันตราย” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“ผู้รับดูแลผู้ป่วย” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะผู้ป่วย”

มาตรา ๕ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “หน่วยงานของรัฐ” ระหว่างบทนิยามคำว่า “คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา” และคำว่า “พนักงานเจ้าหน้าที่” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงสภาวิชาชีพ

มาตรา ๖ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา ๕ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการ สติปัญญาชนแห่งชาติ

(๔) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งเลือกกันเองจำนวนหกคน เป็นกรรมการ



(๕) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนหกคน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในสาขาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต กิจกรรมบำบัด และกฎหมาย สาขาสละหนึ่งคน

ให้อธิบดีเป็นกรรมการและเลขานุการ และข้าราชการของกรมสุขภาพจิตซึ่งอธิบดีแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

การได้มาซึ่งกรรมการตามวรรคหนึ่ง (๔) และ (๕) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่รัฐมนตรี ประกาศกำหนด ”

มาตรา ๗ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๑๐ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา ๑๐ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต

(๓) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา

(๔) ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือ สื่ออื่นใด เพื่อไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิตามมาตรา ๑๖/๑

(๖) กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการตามมาตรา ๔๐ (๒)

(๗) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(๘) รายงานการติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชนตามพระราชบัญญัตินี้ ต่อคณะรัฐมนตรี

(๙) ปฏิบัติการอื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

การจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติตาม (๑) ให้คำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วม ของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วนด้วย ”

มาตรา ๘ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๑๑/๑ ของส่วนที่ ๑ คณะกรรมการ สุขภาพจิตแห่งชาติ ในหมวด ๑ คณะกรรมการ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑



“มาตรา ๑๑/๑ ให้กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการ อุตสาหกรรม และคณะอนุกรรมการ และให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) เสนอต่อคณะกรรมการ

(๒) ประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ

(๓) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงาน รวมทั้ง มาตรการต่าง ๆ ในด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) แล้วรายงานต่อคณะกรรมการ

(๔) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรี คณะกรรมการ คณะกรรมการอุตสาหกรรม หรือ คณะอนุกรรมการ มอบหมาย หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต

การจัดทำแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ให้คำนึงถึงการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของรัฐ และภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการ และภาคประชาสังคมในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับชาติ ”

มาตรา ๙ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา ๑๒ ให้สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ซึ่งหัวหน้าสถานบำบัดรักษาแต่งตั้งอย่างน้อยหนึ่งคณะ ประกอบด้วย จิตแพทย์เป็นประธานกรรมการ แพทย์จำนวนหนึ่งคน พยาบาลจิตเวชจำนวนหนึ่งคน นักกฎหมายจำนวนหนึ่งคน และนักจิตวิทยาคลินิก หรือ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลหรือผ่านการอบรมด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านจิตเวช หรือนักกิจกรรมบำบัดจำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ เมื่อหัวหน้าสถานบำบัดรักษาแต่งตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาแล้ว ให้รายงานให้อธิบดีทราบ ”

มาตรา ๑๐ ให้ยกเลิกความในมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา ๑๔ กรรมการสถานบำบัดรักษามีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปีและอาจได้รับแต่งตั้งใหม่อีกได้ ทั้งนี้ ให้นำความในมาตรา ๖ มาตรา ๗ วรรคสองและวรรคสาม มาตรา ๘ มาตรา ๙ และมาตรา ๑๑ มาใช้บังคับกับคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาโดยอนุโลม

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระและยังไม่มีกรรมการแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่าง หากยังมีประธานกรรมการและกรรมการเหลืออยู่รวมกันไม่น้อยกว่าสามคน ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาที่เหลืออยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่แต่งตั้ง กรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้”



มาตรา ๑๑ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์”

มาตรา ๑๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๑๖/๑ และมาตรา ๑๖/๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“มาตรา ๑๖/๑ การเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด ต้องไม่ทำให้เกิดความรังเกียจเตี้ยดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือ สิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว

การเผยแพร่ข้อมูลตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๑๖/๒ ในกรณีที่อธิบดีเห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ผิดหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๑๖/๑ ให้อธิบดีมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- (๑) ให้แก้ไขข้อความหรือวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูล
- (๒) ห้ามการใช้ข้อความบางอย่างที่ปรากฏในการเผยแพร่ข้อมูล
- (๓) ระงับการเผยแพร่ข้อมูลหรือห้ามใช้วิธีการนั้นในการเผยแพร่ข้อมูล
- (๔) ให้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่นที่อาจเกิดขึ้น

การออกคำสั่งตามวรรคหนึ่ง ให้อธิบดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

มาตรา ๑๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๒๐/๑ ของหมวด ๒ สิทธิผู้ป่วย แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“มาตรา ๒๐/๑ ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าผู้ป่วยตามมาตรา ๒๔ มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางกายด้วย แต่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาทางกาย และไม่มีผู้ให้ความยินยอมตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๒๑ วรรคสาม ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกายแทน”

มาตรา ๑๔ ให้ยกเลิกความในวรรคสี่ของมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา”



มาตรา ๑๕ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นวรรคสองของมาตรา ๔๐ แห่งพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“ให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่ คณะกรรมการประกาศกำหนด ”

มาตรา ๑๖ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๔๑/๑ ของส่วนที่ ๓ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในหมวด ๓ การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

“มาตรา ๔๑/๑ ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด ”

มาตรา ๑๗ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และ ให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์ อันน่าเชื่อว่า มีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมี เหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่าบุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับ มีเหตุอันควรเชื่อว่าเนื่องจากการเน้นย้ำกว่าจะเอาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้นจะหลบหนีไปหรือกรณีมีเหตุ ฉุกเฉินเนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง”

มาตรา ๑๘ ให้ยกเลิกความในวรรคสองของมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และ ให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“การดำเนินการตาม (๑) พนักงานเจ้าหน้าที่อาจร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือ ผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือก็ได้ ทั้งนี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

มาตรา ๑๙ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๕๐/๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๕

“มาตรา ๕๐/๑ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งที่ออกตามมาตรา ๑๖/๒ ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

มาตรา ๒๐ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา ๕๓/๑ และมาตรา ๕๓/๒ ของหมวด ๖ บทกำหนดโทษ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑



“มาตรา ๕๓/๑ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคล ถ้าการกระทำความผิดของ นิติบุคคลนั้น เกิดจากการสั่งการหรือการกระทำการของกรรมการ หรือผู้จัดการ หรือบุคคลใดซึ่งรับผิดชอบ การดำเนินงาน ของนิติบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ต้องสั่งการหรือกระทำการและละเว้น ไม่สั่งการหรือ ไม่กระทำการจนเป็นเหตุให้นิติบุคคลนั้นกระทำความผิด ผู้นั้นต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้ สำหรับความผิด นั้น ๆ ด้วย

มาตรา ๕๓/๒ ให้มีคณะกรรมการเปรียบเทียบ

(๑) ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานกรรมการ ผู้แทน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุด เป็นกรรมการ และให้อธิบดี กรมสุขภาพจิต แต่งตั้งข้าราชการของกรมสุขภาพจิตคนหนึ่ง เป็นเลขานุการ และอีกไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

(๒) ในเขตจังหวัดอื่น ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ อัยการจังหวัด และ ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด เป็นกรรมการ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการ โดยให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบมีอำนาจเปรียบเทียบได้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

เมื่อผู้ต้องหาได้ชำระเงินค่าปรับตามจำนวนที่เปรียบเทียบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ มีการเปรียบเทียบแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ”

มาตรา ๒๑ ให้กรรมการตามมาตรา ๕ (๔) และ (๕) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งดำรงตำแหน่งอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่า จะได้มีการแต่งตั้ง กรรมการตามมาตรา ๕ (๔) และ (๕) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ จะต้องดำเนินการแต่งตั้งกรรมการดังกล่าวให้แล้วเสร็จ ภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่ วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๒๒ ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาซึ่งดำรงตำแหน่งอยู่ในวันก่อนวันที่ พระราชบัญญัตินี้ ใช้บังคับ ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ตามมาตรา ๑๒ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ จะต้องดำเนินการแต่งตั้ง กรรมการดังกล่าวให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๒๓ บรรดาระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ยังคงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับ บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้จนกว่า จะมีระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ



การดำเนินการออกกระเป๋ยหรือประกาศตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ หากไม่สามารถดำเนินการได้ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รายงานเหตุผลที่ไม่อาจดำเนินการได้ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

มาตรา ๒๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้



แนวทางการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

OAS แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับความรุนแรง SEMI-URGENCY OAS = 1 คะแนน



จัดการภายใน
24 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พุดคุยระบายอารมณ์ความรู้สึก
พุดคุยให้สงบอารมณ์
3. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรมประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำ
ทุก 4-6 ชั่วโมง

ระดับความรุนแรง URGENCY OAS = 2 คะแนน



จัดการภายใน
2 ชั่วโมง



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักจำเป็นต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

การดูแลจัดการ

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ
2. ขออนุญาตผูกมัดผู้ป่วยพร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือ
เพื่อเตรียมความพร้อม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา
(haloperidol 5 mg IN) ประเมินซ้ำ ถ้าอาการไม่สงบ
สามารถฉีดได้ทุก 30 นาที รวม 3 ครั้ง และ/หรือ
(diazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำ
ทุก 4-6 ชั่วโมง



ระดับความรุนแรง
EMERGENCY
OAS = 3 คะแนน



จัดการทันที



ความหมาย

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

การดูแลจัดการ

1. ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ฉีดยา (Haloperidol 5 mg IM) ประเมินซ้ำถ้าไม่สงบสามารถฉีดได้ ทุก 30 นาทีรวม 3 ครั้ง และ/หรือ diazepam 10 mg IV ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำ ทุก 4 ชั่วโมง



คำนิยาม

1. ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) (กรมสุขภาพจิต, 2563)

หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุพพลภาพ รบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการอาการกำเริบ ประกอบด้วย 4 โรค ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ 4) การติดยาเสพติด

2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563)

หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น

แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

3. SMI-V Low Risk

หมายถึง ผู้ป่วย SMI ที่เคยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แต่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี และมีมติร่วมของทีมจัดการรายกรณีว่าความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงแล้ว โดยต้องมียอดประกอบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตลอดช่วง 5 ปี
3. ไม่ใช้สุราและยาเสพติด
4. ครอบครัวและชุมชนร่วมดูแล และเฝ้าระวังความรุนแรง
5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง

4. SMIV Scan

หมายถึง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง SMI-V โดยครอบครัว ชุมชน สังเกตพฤติกรรมเสี่ยงได้จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ **ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง** หากพบสัญญาณเตือน 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน แนะนำเข้าสู่ระบบบริการ สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินวินิจฉัยโรค และได้รับการดูแลตามโรคและสภาพปัญหารายบุคคล ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 43.80 ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่นำส่ง โรงพยาบาลด้วยระบบ 1669 เป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย SMI-V Scan จึงช่วยในการค้นหาและนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบดูแลรักษา ทั้งนี้ทุกครอบครัว ควรได้รับการเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan ปีละ 1 ครั้ง ส่วนครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงควรถูกส่งต่อ เข้ารับการเยียวยาจิตใจด้วย



บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดก่อความรุนแรง

1. บทบาทของทีมสาธารณสุขระดับจังหวัด

- 1) สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และยาเสพติด (service plan) เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง
- 2) บูรณาการประมวลกฎหมายยาเสพติด พรบ.สุขภาพจิต พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดฉุกเฉิน ในเขตสุขภาพ
- 3) กำกับดูแลประสานงานทีมสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับเครือข่าย ด้านความมั่นคง และด้านสังคม
- 4) ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของทีมจัดการรายกรณี เพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง

2. บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

ผู้จัดการรายกรณี (case manager)

เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และประสานกับทีมจัดการรายกรณี เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

องค์ประกอบของทีมจัดการรายกรณี

- 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
- 2) ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมอบหมาย
- 3) ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน

ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน มีบทบาทต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนจำหน่ายกลับชุมชนร่วมกับแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งประสานงาน ศูนย์คัดกรอง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด ร่วมกับทีมด้านสังคมและความมั่นคง
- 2) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และสภาพการณ์ต่าง ๆ และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อการส่งต่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน
- 3) ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละรายให้มีความเหมาะสม ก่อนส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลับไปอยู่ในชุมชน รวมถึงการพิจารณายุติการดูแลในระบบ V-Care เพื่อกลับไปดูแลตามระบบปกติเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลงตามเกณฑ์



ผู้จัดการข้อมูล หรือ Data manager

หมายถึง คณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพปฐมนิเทศ ได้แก่

- 1) Data manager (DM) ระดับจังหวัด ได้แก่ ผู้ที่ประธานคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัดมอบหมาย หรือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
 - 2) Data manager (DM) ระดับอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอหรือพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน
 - 3) Data manager (DM) ระดับตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- พยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การรักษาความลับเป็นไปตามกฎหมายตามวิชาชีพ ส่วนการเปิดเผยข้อมูลทำได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2) ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน และต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ Data manager รวมถึงรูปแบบและวิธีการเปิดเผย ควรเป็นความลับระหว่างหน่วยงานราชการ (หลีกเลี่ยงการส่งข้อมูลผ่านระบบ Electronic ที่ไม่ได้เป็น ของรัฐ อาทิเช่น Line, Google form เป็นต้น) ให้เปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่เป็น "พฤติกรรมอันตราย" เท่านั้น จุดประสงค์เพื่อให้ตำรวจหรือฝ่ายปกครองนำส่งสถานพยาบาล "สงวน" ไว้ ซึ่งข้อมูลอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็น อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพโรคประจำตัวของบุคคลนั้น

3. บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

- 1) ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที้ยวหวาดระแวง (SMI-V Scan) หากพบอย่างน้อย 1 สัญญาณเตือนให้แนะนำเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา
- 2) เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง กำหนด และนำมามาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ จัดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ดื่มเหล้า เช่น วัด สวนสาธารณะ เป็นต้น
- 3) ส่งเสริมความรู้ของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ความรุนแรง เช่น รณรงค์ประชาสัมพันธ์ 5 สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) มีเส้นทางนำส่งในชุมชน หมู่บ้าน และช่องทางให้คำปรึกษา เบอร์โทรฉุกเฉินของผู้นำชุมชน
- 4) จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สายตรวจตำรวจ อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน และชุมชนกำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน เช่น การเตรียมการเข้าจุดเกิดเหตุ การเจรจา ไกล่เกลี่ย การประเมินความเสี่ยง การเข้าช่วยเหลือ จำกัดพฤติกรรม การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งผู้ป่วย



5) ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิดการควบคุม เช่น ตำรวจ, หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669, สถานพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

6) ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

4. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

1) ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่าและประชาชนทั่วไป จาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เพียวหวาดระแวง (SMI-V Scan)

2) ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบบริการและได้รับการวินิจฉัย

3) ประสานการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน >> รพ.สต. >> อบต. /อปท.>> ชุมชน

4) จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (Data Management) ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบประสานงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ในฐานะผู้จัดการรายกรณีร่วมกับหน่วยงานด้านสังคมและความมั่นคง โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน

5. บทบาทของตำรวจ 191

1) ป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กรณีคลุ้มคลั่งในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉิน ที่เบอร์ 191

2) ศูนย์รับแจ้งเหตุ 191 ประสาน 1669 กรณีต้องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3) ตำรวจเป็นเจ้าพนักงานตาม พรบ.สุขภาพจิต ให้ดำเนินการนำตัวบุคคลคลุ้มคลั่ง ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น โดยจะมีผู้รับดูแลไปด้วยหรือไม่ก็ได้

4) ตำรวจวางแผนการช่วยเหลือ เช่น ติดตามผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึง เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำบั่นทอนข้อตกลงกับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ไม่ก่อเหตุความรุนแรงครั้งต่อไป



6. บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669

- 1) หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมควบคุมสถานการณ์กับตำรวจ ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น
- 2) หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ALS) ประเมินและควบคุมสถานการณ์ในการเตรียมการรักษาและนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลใกล้เคียง

7. บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด

- 1) ร่วมทีมเป็นผู้จัดการรายการณีสังคม โดยประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช จาก รพ.สต. เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิต และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางในชุมชน
- 2) เยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยประสาน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง เพื่อดูแลความปลอดภัยในการลงพื้นที่
- 3) ลงพื้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงและมีผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับ อปท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/อสม./ครอบครัว/ประชาชน/ญาติ/ผู้ร้องเรียน
- 4) ร่วมประเมินสถานการณ์และกันผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ห่างจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ตำรวจเข้าพื้นที่เจรจาต่อรอง
- 5) ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคมระดับตำบลเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชน จาก ญาติ/ครอบครัว/คนใกล้ชิด เพื่อสอบถามผลกระทบ ความต้องการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

8. บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

- 1) ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.
- 2) จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V 1-4)
- 3) ให้การดูแลรักษารายโรค และบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อบต. ชุมชน
- 4) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อปท./ผู้นำชุมชน/พมจ/ตำรวจ/อสม./ครอบครัว/ญาติ
- 5) สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษาและผลการดำเนินงาน การจัดการรายการทรัพยากรในอำเภอที่รับผิดชอบ

- 6) สรุปปัญหา/อุปสรรค และความต้องการสนับสนุน นำเสนอผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ



ระบบติดตามและการประเมินผล

ระบบติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข (Health data center : HDC) โดยมีรหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในแพ้ม SPECIAL PP ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐาน จำนวน 7 รหัส มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030-1B033 และ 1B036-1B038 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง รหัสใดรหัสหนึ่ง จึงต้องยืนยันการประเมินเพื่อลงรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIAL PP) ต่อไปนี้

รหัส	คำอธิบาย
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วย วิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรง ในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จจะมุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้้น วางเพลิง)
1B036	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ปกติ
1B037	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
1B038	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่ามีประวัติ/อาการอื่น

นอกจากนั้น การติดตามผู้ป่วย SMI-V สามารถบันทึกข้อมูลโดยใช้ระบบข้อมูลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ตามแผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ด้วยระบบสารสนเทศ SMI-V Care รูปแบบ Web Application ซึ่งเชื่อมต่อกับ Health data center มีวัตถุประสงค์ในการบูรณาการการจัดการข้อมูลในการดูแลรักษาไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน

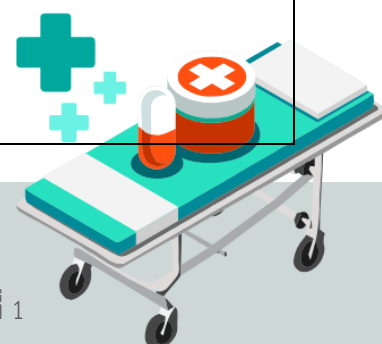


เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มอาการที่ 13

เกณฑ์วิธีการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 (คลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์)

อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ เป็นอาการที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากหลายปัจจัย เช่น ด้านกรรมพันธุ์ ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ความเครียด ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การใช้ยาลดความอ้วน หรือการใช้สารเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น หรือเป็นผู้ที่ยังไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวช แต่มีอาการหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเกิดจากการใช้ยาลดความอ้วน การใช้สารเสพติด หรือเป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ดังนั้น หากมีผู้แจ้งเหตุผู้ป่วยอาการนำ 13 ที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จะให้รหัสความรุนแรงและตอบสนอง ด้วยปฏิบัติการตามรหัสความรุนแรงนั้น ๆ ซึ่งไม่ได้หมายความว่า "ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด"

รหัสแดง		คำถามมุ่งจุดสำคัญ
13 แดง 1	ไม่รู้สีกตัว หรือ ไม่หายใจ	1. ชื่อ, ที่เกิดเหตุ, โทรศัพท์ติดต่อกลับ 2. ที่เกิดเหตุปลอดภัยหรือไม่ 3. มีอาวุธหรือเข้าถึงอาวุธได้หรือไม่ 4. ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง, ผู้อื่น หรือทำความเสียหายด้วยวิธีการรุนแรงหรือไม่ อย่างไร 5. ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่อันตรายหรือไม่ เช่น ที่สูง ติดไฟ 6. มีประวัติใช้สารเสพติด หรือรักษาโรคจิตเวชหรือไม่
13 แดง 2	มีอาการหายใจผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ - ต้องลุกนั่ง/พิงผนังหรือยืนเพื่อให้หายใจได้ - พูดได้เพียงประโยคสั้น ๆ - หายใจมีเสียงดัง ชีดและเหวี่ยงท่วมตัว หายใจเร็ว แรง และลึก	
13 แดง 3	มีอาการแสดงช็อก โดยมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ - เหงื่อท่วมตัว - ชีดและผิวเย็นชืด หมดสติชั่วคราว/เกือบหมดสติชั่วคราวเมื่อนั่ง/ยืน	
13 แดง 4	มีอาการตามหลังการบาดเจ็บ อย่างน้อย 1 ข้อ - ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่ (ไม่ทำตามคำสั่ง) - ตอบเวลา/สถานที่/บุคคลไม่ถูกต้อง ต่อสู้ขัดขืนอย่างไรเหตุผล	
13 แดง 5	เลือดออกห้ามไม่หยุด	



รหัสแดง		คำถามมุ่งจุดสำคัญ
13 แดง 6	ชักตามหลังการบาดเจ็บ	
13 แดง 7	มีอาการเพ้อคลุ้มคลั่ง/เพ้อตื่นเต้น, ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ระงับภัยร้องขอ	
13 แดง 8	พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าผู้อื่น ก้าวร้าว รุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น	

รหัสเหลือง		คำถามมุ่งจุดสำคัญ
13 เหลือง 1	บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง	1. คุณคิดว่าผู้ป่วยอาจทำอันตรายตนเองหรือไม่ (ถ้าใช่, ด้วยสิ่งใด) 2. มีร่องรอยการบาดเจ็บ หรือไม่ 3. มีประวัติใช้ยาเสพติด หรือดื่มเหล้าเป็นประจำ หรือไม่ (เมาเหล้า/เมายา) 4. ผู้ป่วยมีท่าทางเปลี่ยนไปจากปกติหรือไม่ (แตกต่างจากปกติอย่างไร)
13 เหลือง 4	ตื่นตระหนก, ไม่ทราบประวัติว่าเคยเป็นมาก่อน	
13 เหลือง 5	มีอาการแสดงข้อบกพร่องโดยมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ	
13 เหลือง 9	ผู้แจ้งตรวจสอบยืนยันรายละเอียดอาการของผู้ป่วยไม่ได้	

รหัสเขียว	
13 เขียว 4	ตื่นตระหนกในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีอาการเช่นนี้มาก่อน
13 เขียว 6	ผู้ป่วย/ผู้แจ้ง ยืนยันขอให้อยู่ช่วย
13 เขียว 7	ตำรวจร้องขอการเตรียมพร้อม, กรณีมีภาวะคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น

รหัสขาว	
13 ขาว 1	ผู้ป่วยขาดยาจิตเวชแต่ไม่มีอาการ



การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ภาวะคลุ้มคลั่งจากจิตเวชและสารเสพติด

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrythmia)
- เลือดออกเฉียบพลัน (Active blood loss)
- หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aortic aneurysm)

3. ระบบทางเดินหายใจ

- ภาวะติดเชื้อ (SIRS/Sepsis)
- ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia/Dyspnea)

4. ระบบภูมิคุ้มกัน

- โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)
- โรคภูมิคุ้มกันต้านตัวเอง (Auto-Immune)

5. ระบบทางเดินอาหาร

- ขาดสารอาหารรุนแรง (Severe malnutrition)
- ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte imbalance)

6. ระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury)
- ภาวะไม่สมดุลของปริมาณของเสียในร่างกาย (Disequilibrium syndrome)

2 ระบบประสาท

- เพ้อเจี้ยวพลัน (Delirium)
- ความชรา (Senility)
- ภาวะขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation)
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- โรคลมชัก (Epilepsy)
- ปลายประสาทอักเสบ (Neuritis)
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis)
- สมองอักเสบ (Cerebritis)
- ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke depression: PSD)

7. ระบบน้ำเหลืองและระบบต่อมไร้ท่อ

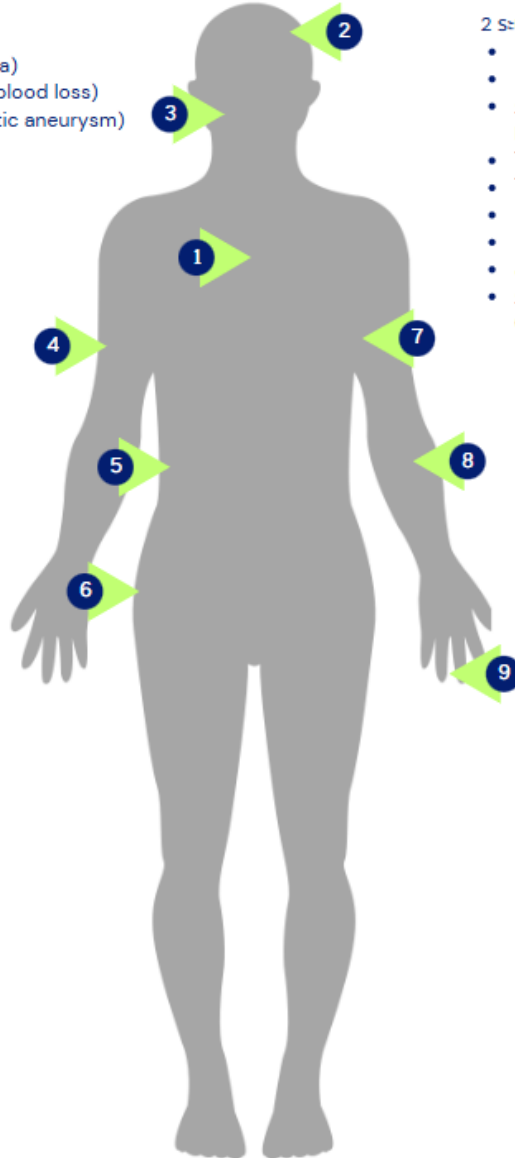
- มะเร็งลุกลาม (Metastasis malignancy)
- โรคไทรอยด์ (Hypo/Hyperthyroid)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hypo/Hyperglycemia)

8 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- อาการปวดหลังผ่าตัด (Post OP pain)
- ภาวะเพ้อสับสนหลังผ่าตัด (Post OP Delirium)
- อาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement disorder)

9. ภาวะอื่นๆ

- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse effect)
- ได้รับสารพิษ (Chemical intoxication/Toxin)



บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับ
สถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับ
หน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2). นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์พับบลิสซิ่ง จำกัด.



ภาคผนวก



แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....

สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษารับตัวไว้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

ข้อมูลเกี่ยวกับญาติหรือผู้ดูแล (ถ้ามี)

ชื่อญาติหรือผู้ดูแล ชื่อ..... นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้รับการตรวจ.....

ที่อยู่ญาติหรือผู้ดูแล.....

หมายเลขโทรศัพท์ญาติหรือผู้ดูแล.....

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ)

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

ประวัติความเจ็บป่วย.....

การตรวจทางร่างกาย.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)



การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance)

.....

.....

.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect)

.....

.....

.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech)

.....

.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination)

.....

.....

.....

ความคิดหลงผิด (delusion)

.....

.....

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

.....

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control)

.....

.....

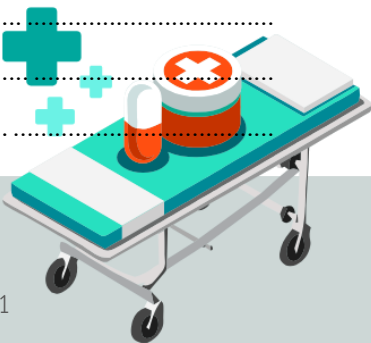
.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation)

.....

.....

.....



ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)

.....

.....

.....

อื่น ๆ

.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

.....

.....

.....

ความเห็น

☐ ☐ มีภาวะอันตราย

☐ ☐ มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

☐ ☐ ส่งต่อสถานบำบัดรักษา (ระบุชื่อ)

.....

.....

☐ ☐ ไม่ต้องส่งต่อสถานบำบัดรักษา เนื่องจากไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับ

การบำบัดรักษา.....

.....

.....

.....

.....

.....



การบำบัดรักษาเบื้องต้น.....
.....
.....

ลงนาม.....
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....
(.....)
พยาบาลผู้ตรวจ

หมายเหตุ

- 1. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๗ ให้ลงนามทั้งแพทย์และพยาบาลผู้ตรวจ และต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา
- 2. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ
- 3. “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลมีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น
- 4.“ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น



เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด รอยกรีดลึก เลือดออก มีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขา เคล็ด บวมเกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือ ดึงผม ผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่น ด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน

การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน

หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน

หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน

หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด



ประเภทผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with Hight Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต 2563)

หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง โดยมีทั้งหมด 4 ประเภท ประกอบด้วย

- SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
- SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย
- SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)



รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

การจัดทำแนวทางและเกณฑ์มาตรฐานหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง สาขาจิตเวชฉุกเฉิน และ
หน่วยปฏิบัติการอำนวยการ ระดับที่ปรึกษา สาขาจิตเวชฉุกเฉิน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เขตสุขภาพที่ 1: แนวปฏิบัติ

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา | รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 2. นายแพทย์กฤษณ์ดิพงษ์ อรัณยสิทธิ์ | รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจิตเวชชุมชน
โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 3. นายแพทย์ประสาน เปี่ยมอนันต์ | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน/ศูนย์ประสาน
การส่งต่อและภัยพิบัติ โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| 4. แพทย์หญิงหทัยรัตน์ จันทพรหมกุล | แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| 5. ดร.อรรถัย ศรีศิลป์ | หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ |
| 6. นางดวงเดือน นรสิงห์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 7. นางสาวนายนานา สมเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 8. นางสาวสมควร วรรณมณี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 9. นายปรีชา ยศธรรมเสนี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 10. นางนงลักษณ์ คำบัวตอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 11. นางชุตติกาญจน์ ทองสุข | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 12. นางสาวเกสรินทร์ พวงมาลัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 13. นางสาวกชพร ศรีบุญเรือง | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 14. นายยงยุทธ ผิวน้ำ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 15. นางสาวเจริญพร กิจชนะพานิชย์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 16. นายประสงค์ศักดิ์ เจนกิจจาไพบูลย์ | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 17. นางสาววิชุดา ยะสินธ์ | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 18. นางสาวสุรารักษ์ สิ้นทรัพย์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 19. นางสาวทศวรรณ ปัญญารักษา | นักประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 20. นายณัฐวัฒน์ สุขบำรุง | นักประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 21. นายอาคม สิทธิโชคธนารักษ์ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง. |
| 22. นางสาวพรทิวา กิจมานะทรัพย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| 23. นางณิธิญา ยุทธพงศ์พิชญะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ |
| 24. นางสาวฐิติพร ชีวินวรศักดิ์ | นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเชียงดาว |
| 25. นางสาวประกายแก้ว แสนดวงดี | พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลเชียงดาว |
| 26. นางเยาวลักษณ์ เรือนน้อย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม้วาง |



27. นายธนภัทร์ จันทร์แจ่ม
 28. นายศิริศักดิ์ ศิริรัตน์
 29. นายทรงพล วิริยะชาญไพโร
 30. นางธัญญารัตน์ ขอบทอง
 31. นายคณัย เชียงรุ่ง
 32. นางเยาวลักษณ์ ผุยหัวโทน
 33. นางเรือนทอง อภิวงศ์
 34. นางสาวเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ
 35. นางวราภรณ์ ภูมิชัย
 36. นายคณาเดช คณากุลสุวรรณ
 37. นางสาวชนิชา สุนทรนันท์
 38. นางสาวศิริวรรณ ปวนมาลัย
 39. นางดวงเดือน ทองศิริ
 40. นางเรจจิตร ต้อยตง
 41. นางรัฐธิดา เขตสมศรี
 42. ดร.สุนทรี ศรีโกสย
 43. นางชลีพร สมใจ
 44. นางสาวอุไรวรรณ วงศ์โปธิ
 45. นางสาวภัสณิศา เกตุกาญจน์กุล
 46. นางสาวธัญลักษณ์ คงแก้ว
 47. นางศิริพร บัวเดช
 48. นายอลงกรณ์ เทพวงศ์
 49. พ.ต.ต. พลวัฒน์ บุญชู
 50. ร.ต.อ.นพ พิงศรี รอง
 51. ร.ต.อ.สิงหา วสันธิ์ฤทธิกิจ
 52. นายณัฐวัตร วงแหลมทอง
 53. พ.ต.ต.เจษฎา พันธุ์แก้ว
 54. พ.ต.ท. พุฒิสรรค์ อินตา
 55. นายเกรียงศักดิ์ เชื้อสุวรรณ
 56. นางสาวพัชรภรณ์ สุขใจ
 57. นางสาวกฤษติยา แสนบรรหาร
 58. นางสาวณัฐนิชา ศรีมูล
 59. นางแววดาว วงศ์สุระประกิต
- พยาบาลวิชาชีพ ER โรงพยาบาลเซ็นทรัลเชียงใหม่ เมโมเรียล
 ผู้ช่วยพยาบาล ER โรงพยาบาลเซ็นทรัลเชียงใหม่ เมโมเรียล
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสะเมิง
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสะเมิง
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่
 นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพร้าว
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง
 หัวหน้าแผนก ER โรงพยาบาลลานนา
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่จริม
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่
 พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
 นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลตำบลสันผีเสื้อ
 พนักงานกู้ชีพ เทศบาลตำบลสันผีเสื้อ
 สวป (ชส) สถานีตำรวจภูธรช้างเผือก
 สวป. สถานีตำรวจภูธรเมืองเชียงใหม่
 รอง สวป. สถานีตำรวจภูธรแม่ปิง
 ผบ.หมู่(ป.) สถานีตำรวจภูธรแม่ปิง
 สวป (ชส) สถานีตำรวจภูธรภูพิงค์
 สวป (ชส) สถานีตำรวจภูธรสารภี
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจอมทอง
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่
 จพง.สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพร้าว
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง



- | | |
|--------------------------------|--|
| 60. นางสาวพิมพ์ภาภรณ์ สมเพราะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 61. นางสาวมธุรีน คำวงศ์ปิ่น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 62. ดร.จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 63. นางพิกุล วิริยา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 64. นางวงเดือน สุนันตา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 65. นายประดิษฐ์ ชัยชนะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 66. นางพุลทรัพย์ วงศ์วรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 67. นางสุปราณี สุวรรณธีระกิจ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 68. นางอารียา ธิสา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 69. นางนงนภัส พงษ์ปลัด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 70. นางสาวณัฏฐณิชา คำลือ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 71. นางสาวชญาสินี ทังหนิรันดร์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 72. นางสาวทิพวรรณ อะกะเรื่อน | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 73. นายสันติ พรหมนิมิต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 74. นางสาวกุลธิดา สิทธิวัง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 75. นางสาวภัทรสุดา สิงห์เห | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 76. นางพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 77. นางสาวอภิษฎา วงศ์คม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
| 78. นางสาวสกวรัตน์ เทพประสงค์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง |
- และโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1 ที่เข้าร่วมประชุมแบบออนไลน์ผ่านระบบ Zoom Meeting



PSYCHIATRIC EMERGENCY MEDICAL SERVICES

PEMS

