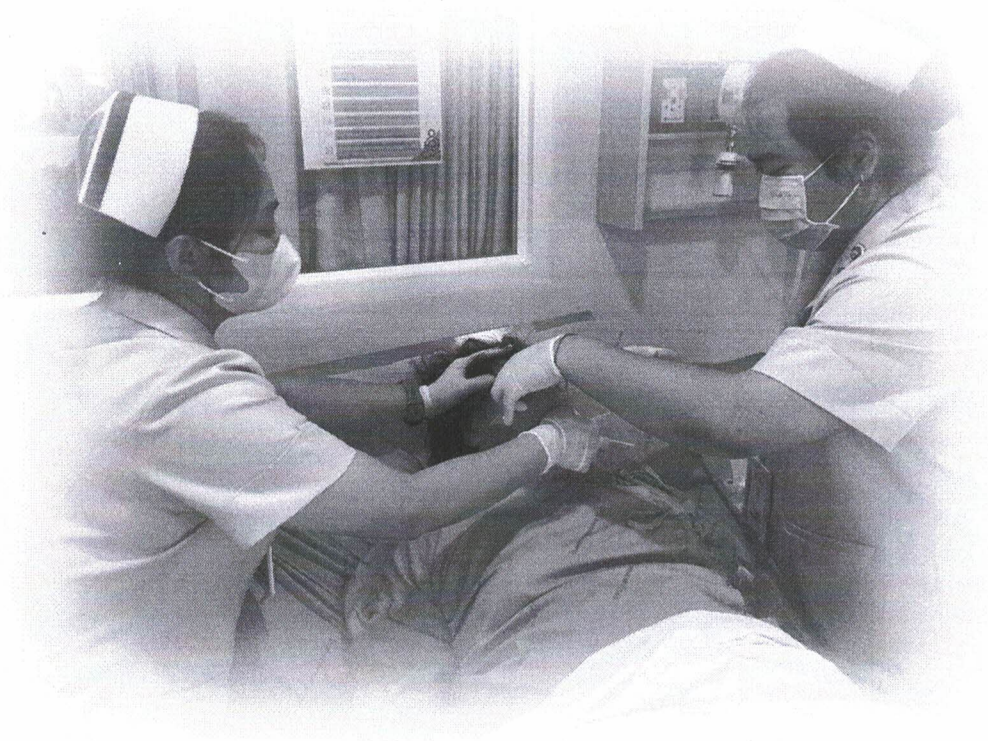




**คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล  
เพื่อป้องกันการล้ม  
ในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต**



**เอกสารควบคุม**

**หอผู้ป่วยภูมิจิต  
โรงพยาบาลหนองคาย**



## คำนำ

อุบัติการณ์สำคัญส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะกลืนอาหารและน้ำ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ ภาวะซึมเศร้า และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันที่เกิดจากการสำลักอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตเนื่องจากผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต ภาวะหลงผิด การรับรู้บกพร่อง ความบกพร่องทางการเรียนรู้และความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่สามารถป้องกันการสำลักด้วยตนเองได้ (Q.F. Lu et al, 2017) ยารักษาโรคจิต กลุ่ม Atypical antipsychotic drug มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะ laryngo-pharyngeal dystonia นำไปสู่ การเสียน้ำที่อย่างรุนแรง ของระบบทางเดินหายใจส่วนบนแม้จะเกิดน้อย แต่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ (O'Neill & Stephenson, 2022)

การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ในการประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาล ที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งเป็นบ่งชี้ถึงมาตรฐานและคุณภาพการพยาบาล โดยผู้จัดทำคู่มือปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถประเมินและวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีคุณภาพต่อไป



.....  
(นางฉันทนพรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้จัดทำ

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กลุ่มโรคทางจิตเวช.....	4
ยารักษาอาการทางจิต.....	4
การสำลักจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต.....	4
วรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์การสำลักจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต.....	5
กลุ่มยารักษาอาการทางจิตที่มีผลข้างเคียงต่อการสำลัก.....	6
Extrapyramidal side effects (EPS) .....	7
แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาล.....	8
บรรณานุกรม.....	11
ภาคผนวก ก .....	14
ภาคผนวก ข.....	18

## กลุ่มโรคทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชเป็นอาการและอาการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม พบได้ทั้งในคนปกติและผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ กังวล ความคิดหรืออารมณ์แปรปรวน ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น เกิดจากสภาวะเสียความสมดุลทางจิต เมื่อมีความไม่สบายใจ หรือปัญหากระทบจิตใจ ทำให้สูญเสียความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบต่อการดำรงชีวิต

## ยารักษาอาการทางจิตเวช

หมายถึง วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ ที่ได้รับการรับรองในตำรายา มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โดยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในภาวะสมดุล บำบัดรักษาอาการทางจิตสงบลง ลดอาการกระวนกระวาย หวาดระแวง หลงผิด ลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ช่วยให้นอนหลับได้

## การสำคัญจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

กลไกการสำคัญที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ซึ่งเกิดจากยากลุ่ม high potency เรียกว่า กลุ่มอาการ Extrapyrimalidal Syndrome (EPS) ประกอบด้วย 4 อาการ ได้แก่ 1) Acute Dystonia ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลิ้นแข็ง พูดกลืนลำบาก ในรายที่รุนแรงอาจมี laryngospasm ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการ dystonia อาจเป็นขึ้นๆ ลงๆ อาการมักเกิดหลังได้รับยาในไม่กี่ชั่วโมง หรือภายใน 1 สัปดาห์แรก 2) Akathisia เป็นความรู้สึกกระวนกระวายใจ อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องขยับแขนขา เดินไปเดินมา ตลอดเวลา มักเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา 3) Parkinsonism กลุ่มอาการที่มีลักษณะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีอาการสั่น เคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน มักเกิดในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษา 4) Tardive dyskinesia มีอาการดูด หรือขมุบขมิบปากการเคลื่อนไหวของขากรรไกรด้านข้าง ลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นดันแก้ม อาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยามานาน และอาการ Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) เป็นอาการข้างเคียงที่พบน้อย แต่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อาการสำคัญ คือ กล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ไข้สูง และมี autonomic instability เช่น ความดันเลือด และชีพจรขึ้นๆลงๆ การตรวจเลือดจะพบเม็ดเลือดขาว เพิ่มสูงขึ้น creatinine phosphokinase, liver enzyme ขึ้นสูง และมี myoglobinuria เมื่อสงสัยภาวะนี้ ควรหยุดยาทันที นอกจากนี้ ผลข้างเคียง ของยายังมี Endocrine effects, Antihistamine effects ทำให้วังงซึม, Epileptic effect เสี่ยงต่ออาการชักมากขึ้น Anticholinergic effect ทำให้ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก, Anti adrenergic effect อาจทำให้เกิด Orthostatic หรือ Postural hypotension มักเกิดในช่วง 2-3 วันแรกหลังได้รับยา และ Cardiac effects ยาจะลดการบีบตัวของหัวใจ อาจจะทำให้เกิด prolong atrial and ventricular conduction time ยาในกลุ่ม low potency จะมีผลต่อหัวใจมากกว่า ในกลุ่ม high potency อาจทำให้ QT และ PR interval ยาวขึ้น (มานอนชัย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ผลข้างเคียงจากยารักษาทางจิตเวชที่มีผลต่อระบบการกลืน และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ สามารถจำแนกตามกลุ่มยารักษาอาการทางจิต ดังนี้ (มานอนชัย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

## วรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์การล้มจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

ในต่างประเทศ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. รายงานกรณีศึกษาที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเวชแล้วก่อให้เกิดกล้ามเนื้อคอ หอยบิดเกร็ง (Antipsychotic-induced Laryngeal Dystonia) โดย O'Neill & Stephenson (2022) รายงานกรณีของชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีค่าดัชนีมวลกายสูง และหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น เขาได้รับการรักษาด้วยยา zuclopenthixol เพราะไม่ตอบสนองต่อยา quetiapine หลังจากนั้นสุขภาพกายเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว เกิดอาการหายใจลำบาก ปวดหลัง หัวใจเต้นเร็ว และภาวะขาดออกซิเจน เขาถูกนำส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนโดยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หลังจากวิเคราะห์สาเหตุ โดยตัดสาเหตุอื่น ๆ พบว่า การเริ่มใช้ zuclopenthixol ได้กระตุ้นให้เกิด laryngo-pharyngeal dystonia ที่นำไปสู่ ความบกพร่องอย่างรุนแรง ของทางเดินหายใจ ส่วนบนและการหายใจ เขาค่อยๆฟื้นตัวหลังจากที่หยุดยา zuclopenthixol และถูกส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลจิตเวชหลังจากผ่านไป 8 วัน กรณีศึกษาแสดงถึงความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในการวินิจฉัยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่บ่อยแต่อาจทำให้เสียชีวิตได้จากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต รวมถึง interaction ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างยารักษาโรคจิตทั่วไปและยากลุ่ม serotonin specific reuptake inhibitors ซึ่งจิตแพทย์และแพทย์ฉุกเฉินควรตระหนักถึงความเสี่ยงนี้ และควรระมัดระวังในการพิจารณา โดยการให้ยาต้านโคลิเนอร์จิก เพื่อป้องกันซึ่งจะช่วยให้อาการผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงดังกล่าว

2. สรุป การศึกษาภาวะกลืนลำบากที่เกิดจากยารักษาโรคจิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนการ สำลักและโรคปอดบวม ในปี 2561 ประเด็นสำคัญที่พบ ได้แก่ พบรายงานผู้ป่วย 45 ราย ที่มีภาวะกลืนลำบากที่เกิดจากยารักษาโรคจิต (Anti Psychotics) ด้วยกลไกทางเภสัชวิทยา ซึ่งยารักษาโรคจิตเป็นปัจจัยเสี่ยง สำหรับภาวะกลืนลำบาก มีการอธิบายไว้ตั้งแต่เริ่มใช้ยารักษาโรคจิต แต่ถูกละเลยจนกระทั่งสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (FDA) กำหนดให้ต้องมีคำเตือนในบรรจุภัณฑ์ในปี 2548 มีหลักฐานและ ข้อเสนอแนะดังนี้ (Cicala et al, 2019)

2.1 ยารักษาโรคจิต อาจส่งผลกระทบต่อกรกลืน โดยเฉพาะในระยะช่องปากและคอหอย ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาการกลืนที่เกิดจากยารักษาโรคจิต

2.2 ในจำนวน 45 ราย ที่มีภาวะกลืนลำบากที่เกิดจากยารักษาโรคจิต ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ามีผลข้างเคียงจากยา ต่อไปนี้ 1) กลุ่มอาการพาร์กินสัน (parkinsonism) 2) ปฏิกริยา กล้ามเนื้อหดเกร็งเฉียบพลัน (acute dystonic reaction) 3) อาการน้ำลายไหลมาก (sialorrhea) และ 4) อาการ tardive dyskinesia ส่วนยา Sedative และ Xerostomy มีผลน้อย

2.3 การเสียชีวิตจากสำลัก เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ใหญ่ที่ป่วยทางจิตมากกว่าประชากรทั่วไป มีความ เป็นไปได้ที่ยารักษาโรคจิต เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลัก

หลังจากปี พ.ศ. 2548 มีหลักฐานเพิ่มเติมที่ยืนยันว่า ยารักษาโรคจิตสามารถเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ และเกิดโรคปอดบวม ซึ่งกลไกสำคัญที่อธิบายการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นโรคปอด บวมจากการสำลัก แพทย์ ต้องใช้ความระมัดระวังในกรณีต่อไปนี้ 1) ยาโคลซาปีนมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิด อาการกลืนลำบาก เนื่องจากทำให้เกิดน้ำลายมาก และยามีฤทธิ์ทำให้แห้งงอ 2) สิ่งนี้สามารถนำไปสู่โรคปอด บวมจากการสำลัก และ 3) เมื่อปอดบวมจากการสำลักพัฒนาขึ้น จะทำให้ปฏิกริยาระหว่างยาที่เพิ่มระดับ โคลซาปีน และทำให้ภาวะแทรกซ้อนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษาเชิงธรรมชาติในหลายประเทศโดยใช้การ ออกแบบที่แตกต่างกัน กำลังเริ่มให้ข้อบ่งชี้ว่าโรคปอดบวมอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการ เสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับโคลซาปีน จึงควรมีข้อความเตือนที่สลักยาหรือกล่องบรรจุยา (Cicala et al, 2019)

โดยสรุป กลุ่มยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ ยาต้านโรคจิต ยาระงับอารมณ์ ยาต้านซึมเศร้า ยาคลายวิตกกังวลและยานอนหลับ มีผลข้างเคียงที่อาจก่อให้เกิดการสำลักจากผลข้างเคียงของยาดังกล่าว ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติเหตุการสำลักดังกล่าว ผู้ป่วยจะได้รับการจัดการและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้น เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ และเสียชีวิต

### กลุ่มยารักษาอาการทางจิตที่มีผลข้างเคียงต่อการสำลัก

1. **ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs)** ผลข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิด Extrapyramidal side effects (EPS) มักเกิดจากยากลุ่ม high potency ได้แก่ Haloperidol Trifluoperazine Fluphenazine Flupentixol Pimozide และผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลั่นแข็ง พุดกลืนลำบาก ในรายที่รุนแรงอาจมี laryngospasm ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (Acute dystonia) อาการ dystonia อาจเป็นขึ้นๆ ลงๆ อาการมักเกิดหลังได้รับยาในไม่กี่ชั่วโมง หรือภายใน 1 สัปดาห์แรก

ยาที่ใช้เพื่อหวังผลในการลดการเกิด EPS และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) และ cognition ยาที่มีผลข้างเคียงที่ทำให้มีน้ำลายไหลในปริมาณมาก คือ Clozapine นอกจากนี้ตัวยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม คือ Risperidone Olanzapine Quetiapine Ziprasidone Aripiprazole Paliperidone

2. **ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants)** ยาต้านซึมเศร้าที่มีผลข้างเคียงที่มี ระดับ Sedation สูง ได้แก่ Amitriptyline Clomipramine Doxepin อาการง่วงซึมจากยาอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการกลืนอาหาร และน้ำ ประกอบกับความสามารถในการขับเสมหะและน้ำลายออกเองอาจลดลง

3. **ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizers)** ยา lithium อาจเกิดภาวะพิษจากยา ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการชัก (Seizure), อาการเพ้อ (delirium), เป็นลมหมดสติ (syncope), หลับลึก (stupor) แต่ยังคงตอบสนอง ส่วนยากันชัก Valproate และ Carbamazepine อาการที่พบได้บ่อย คือ ง่วงซึม วิงเวียน เดินเซ หรือ เห็นภาพซ้อน

4. **Antianxiety and Hypnotic Drugs** ได้แก่ Alprazolam, Bromazepam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam, Lorazepam, Prazepam, Diazepam (ยาฉีด) Midazolam (ยาฉีด) ผลข้างเคียง คือ ง่วงนอน โดยยาจะเพิ่มการนอนใน stage 2 และลดเวลารวมของ REM ลง ผู้ที่ใช้ยานี้ติดต่อกันนานแล้วหยุดทันที ยามี REM rebound ทำให้ฝันมากขึ้นกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือประสานกันทำงานไม่ดี เดินเซ วิงเวียน หลงลืม (มาโนชญ์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

## Extrapyramidal side effects (EPS)

Extrapyramidal side effects (EPS) เป็นผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่พบได้บ่อยจากยากลุ่ม high potency ได้แก่ Haloperidol Trifluoperazine Fluphenazine Flupentixol Pimozide อาการ EPS ประกอบด้วย

- 1) Acute dystonia ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลึ้นแข็ง พุด กลืนลำบาก ในรายที่รุนแรงอาจมี laryngospasm ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการ dystonia อาจเป็นขึ้นๆ ลงๆ อาการมักเกิดหลังได้รับยาในไม่กี่ชั่วโมง หรือภายใน 1 สัปดาห์แรก
- 2) Akathisia เป็นความรู้สึกกระวนกระวายในใจจนผู้ป่วยอยู่ไม่ติด ต้องขยับแขนขา เดินไปเดินมาตลอดเวลา มักเกิดในช่วง 2 – 3 สัปดาห์แรกของการรักษา
- 3) Parkinsonism อาการที่มีลักษณะกล้ามเนื้อเกร็ง สั่นเคลื่อนไหวเชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน มักเกิดในช่วง 4 สัปดาห์แรกของการรักษา
- 4) Tardive dyskinesia มี อาการดูดหรือขมุขมิบปาก มีลิ้นม้วนไปมาในปากหรือเอาลิ้นคุดนกัด้ม หากให้อ้าปากผู้ป่วยอาจแลบลิ้นออกมาเอง นอกจากนี้ยังอาจมีอาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียงมักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยามานาน (มานอนชัญ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

## แนวปฏิบัติการพยาบาล

### เพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาล

#### แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต

##### แนวปฏิบัติที่ 1 : การประเมินโรคทางจิตเวชและอาการที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำ

ข้อ 1 พยาบาลซักประวัติการรักษาอาการทางจิต Med Reconcile (MR) ตามระบบยา

ข้อ 2 พยาบาลประเมินอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต โดยการสังเกต และซักถาม ได้แก่

2.1 ลิ้นแข็ง พุด กลืนลำบาก

2.2 มีน้ำลายหลังปริมาณมาก เช่น ขณะพุดมีน้ำลายไหลออกจากปากหรือสังเกตเห็นมีน้ำลาย

เปียกชุ่มบริเวณปลอกหมอนและผ้าปูเตียง

ข้อ 3 พยาบาลประเมิน Sedation score ในกลุ่มผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงหรือมีอาการทางจิตกำเริบที่ได้รับ Medical restraint ทุก 1 – 2 ชั่วโมง ระดับ Sedation score

- ตื่นรู้สึกตัวดี ระดับคะแนน 0

- ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย ระดับคะแนน 1

- ง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา แต่ไม่ยอมพุดคุยโต้ตอบ ระดับคะแนน 2

- หลับตลอดเวลา ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก ระดับคะแนน 3

ข้อ 4 พยาบาลประเมินความสามารถในการกลืนในผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลัก ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยอยู่ในระดับ การตื่นตัว (Alertness) หรือ GCS  $\geq 11$  คะแนน

4.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยทำตามคำสั่งได้ดี

4.3 จัดทำนั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศา

4.4 ทดสอบการกลืนด้วยน้ำ โดยให้ผู้ป่วยจิบน้ำ 1 ช้อนชา (5 ซีซี) 3 ครั้ง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติขณะจิบน้ำให้ดื่มน้ำ 50 ซีซี หรือ จิบน้ำ 5, 10, 30, 60 ซีซี สังเกตอาการสำลัก

ข้อ 5 พยาบาลตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเพื่อประเมินโรคทางจิตเวชและอาการที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำตามแบบประเมิน เวิร์ล 1 ครั้ง (ปฏิบัติตามข้อ 1 – 4) แล้วทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ความเสี่ยง ตามตารางที่ติดไว้หน้า Chart ผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : โรคทางจิตเวชและอาการที่มีความเสี่ยงต่อการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช

คำอธิบาย ให้ทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ในวงกลมที่พบในประวัติและการสังเกต

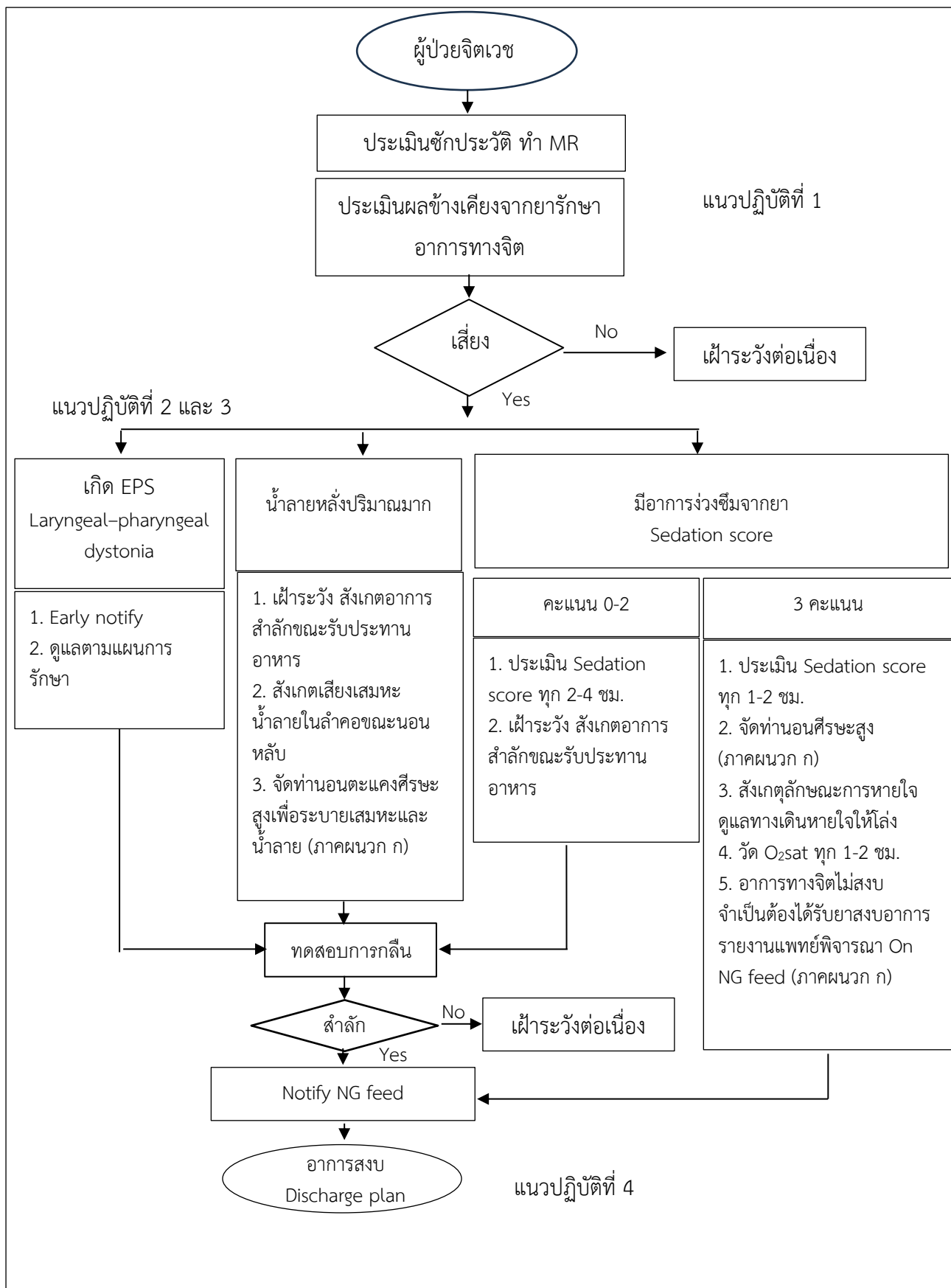
#### โรคทางจิตเวชและอาการที่มีความเสี่ยงต่อการสำลัก

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ผู้ป่วยสูงอายุ</li> <li>○ โรคสมองเสื่อม</li> <li>○ มีความบกพร่องทางสติปัญญา</li> <li>○ ผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา</li> <li>○ โรคจิตเภท หลงผิด การรับรู้บกพร่อง</li> <li>○ มีประวัติชัก หรือโรคลมชัก</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ สำลักขณะกลืน</li> <li>○ ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด</li> <li>○ น้ำลายหลังปริมาณมาก</li> <li>○ หลับลึก ปลุกตื่นยาก</li> <li>○ มีอาการสละสลือ</li> <li>○ ไอ ขับเสมหะออกเองไม่ได้</li> </ul> |
|--|---|



<b>แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาการรักษาอาการทางจิต</b>
<p><b>แนวปฏิบัติที่ 2 : การจัดการผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำ</b></p> <p>ข้อ 1 พยาบาลรายงานจิตแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้อาหารทางสายยาง ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหลงผิด, ก้าวร้าวรุนแรง, หลับตลอดเวลา ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก, ปฏิเสธอาหาร, ทดสอบการกลืนมีอาการสำลัก</p> <p>ข้อ 2 พยาบาลดูแลให้อาหารทางสายยางตามแนวปฏิบัติการให้อาหารทางสายยาง</p> <p>ข้อ 3 พยาบาลและทีมดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา ทุกสาย</p> <p>ข้อ 4 ในกลุ่มผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงหรือมีอาการทางจิตกำเริบและได้รับ Medical restraint ค่ะแนวน Sedation score ระดับคะแนน 3 ให้การพยาบาลดังนี้</p> <p>4.1 จัดให้นอนเตียงในห้องแยก หรือตำแหน่งที่มี Pipe line O<sub>2</sub> และ Suction</p> <p>4.2 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา หรือนอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง ผูกยึดผู้ป่วยทุกครั้งตามแนวปฏิบัติการผูกยึด</p> <p>4.3 Suction clear air way ในผู้ป่วยมีเสียงเสมหะในลำคอ ไม่สามารถขับเสมหะเองได้</p> <p>ข้อ 5 ดูแลความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 1- 2 ครั้ง</p>
<p><b>แนวปฏิบัติที่ 3 : การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสำลักอาหารและน้ำ</b></p> <p>ข้อ 1 พยาบาลตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยสังเกตและซักถาม ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำ เวิร์ลละ 1 ครั้ง</p> <p>ข้อ 2 พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ O<sub>2</sub> saturation ทุก 2 – 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เจ้าของไข้เมื่อสัญญาณชีพตัวใดตัวหนึ่งผิดปกติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุณหภูมิร่างกาย &lt;36, &gt;38 องศาเซลเซียส</li> <li>- SBP &lt; 90, DBP &gt; 140 mmHg.</li> <li>- pulse rate &gt; 100 ครั้ง/นาที</li> <li>- SpO<sub>2</sub> &lt; 94%</li> <li>- หายใจ ≥ 24 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจหอบ</li> </ul> <p>ข้อ 3 พยาบาลดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นการ Ambulation เพื่อส่งเสริมการระบายเสมหะและน้ำลาย</p> <p>ข้อ 4 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา</p>
<p><b>แนวปฏิบัติที่ 4 : การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการทางจิต</b></p> <p>ข้อ 1 พยาบาลประเมินผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ</p> <p>ข้อ 2 พยาบาลตรวจสอบรายการยา Home med</p> <p>ข้อ 3 พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการสำลักอาหารและน้ำจากยารักษาอาการทางจิตดังนี้</p> <p>3.1 ให้คำแนะนำสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ กล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก</p> <p>3.2 ให้คำแนะนำกรณีผู้ป่วยมีน้ำลายหลังปริมาณมาก ให้นอนในท่าศีรษะสูงคะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำลายและเสมหะ</p> <p>3.3 ให้คำแนะนำให้ญาติสังเกตอาการที่พบและแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาปรับยา เช่น อาการง่วงหลับตลอดทั้งวัน</p>

Flow การพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาการรักษาอาการทางจิต



## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ก่อกาล ศิริวัฒน์<sup>1</sup>, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ<sup>2</sup> และถนอมศรี อินทนนท์<sup>3</sup>. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์, 9(3); 25-36.
- จิตร สิทธิอมร<sup>1</sup>, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล<sup>2</sup>, สงวนสิน รัตนเลิศ<sup>3</sup>, และเกียรติศักดิ์ ราชปรีรักษ์<sup>4</sup>. (2543). Clinical Practice Guideline: การจัดทำและนำไปใช้. กรุงเทพฯ ดีไซน์.
- ดวงใจ บุญคง และคณะ. (2562). การส่งเสริมอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
- มานอชญ์ หล่อตระกูล<sup>1</sup>, และปราโมทย์ สุนิษฐ์<sup>2</sup>. (2558). ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัศมี ลีประไพพงษ์. (ม.ป.ป.). คู่มือการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชสำหรับเภสัชกรห้องยาจิตเวชผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วินัย วนานุกุล. (2557). ภาวะอันไม่พึงประสงค์จากยาที่มีผลต่อจิตประสาทและการดูแลรักษาในยาต้านพิษ 4. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 33-39.
- วารภรณ์ ถิ่นจะนะ. (2563). ผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โรงพยาบาลกุมภวาปีจังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(1); 5-19.
- สุพัตรา ศิริปรีชากุล, รุ่งรารวรรณ เจริญไธสง. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจลำบากในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(1); 45-50.
- สุภาวดี กิจเวชเจริญ, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, นัดดา คำนิยม. (2562). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและสายยางให้อาหาร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. , มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริพร ศรีวิสัย, ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และ ดร.วิชุดา เจริญกิจการ. การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารพยาบาล , ฉบับที่ 3 2014

## บรรณานุกรม

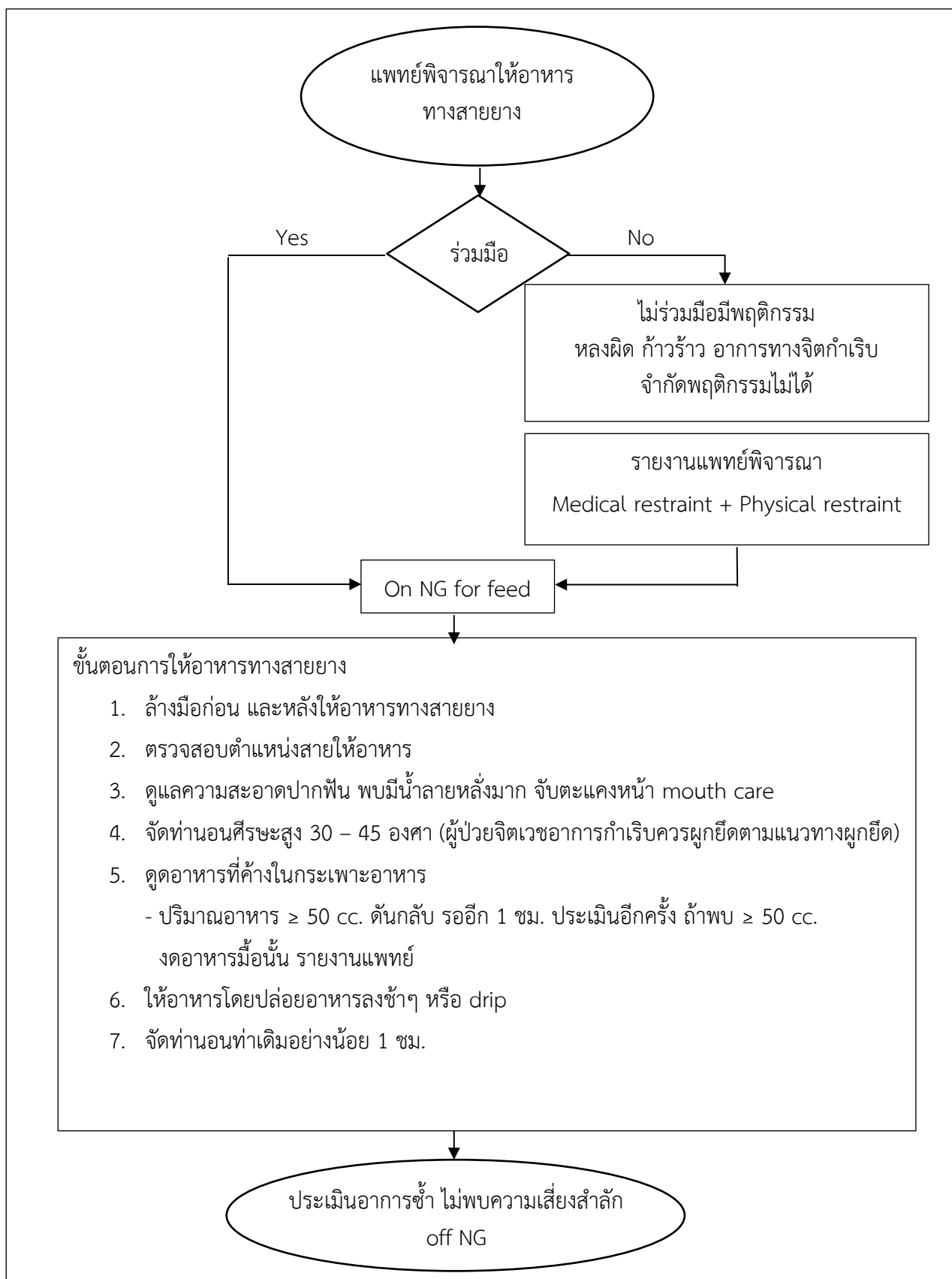
- Allen DE, De Nesnera A, Robinson DA. (2012). Psychiatric patients are at increased risk of falling and choking. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 18(2); 91–5.
- American Nurses Association. (2013). Leadership Institute: Competency model. Retrieved from [https://estnda.ee/pildid/dokumendid/Nurse\\_leader\\_competences\\_model.pdf](https://estnda.ee/pildid/dokumendid/Nurse_leader_competences_model.pdf).
- Angelo F, Lucia G, Vittorio M. (1997). Choking incidents among psychiatric patients: Retrospective analysis of thirty-one cases from the west Bologna psychiatric wards. *Can J Psychiatry*, 42(5); 515–20.
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. (2000). Causes of excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 177(3); 212–217.
- Cicala G, Barbieri MA, Spina E. (2019). A comprehensive review of swallowing difficulties and dysphagia associated with antipsychotics in adults. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 12(3); 219-234.
- Corcoran E, Walsh D. (2003). Obstructive asphyxia: a cause of excess mortality in psychiatric patients. *Ir J Psychol Med*, 20(3); 88–90.
- Fioritti A, Giaccotto L, Megega V. (1997). Choking incidents among psychiatric patients: retrospective analysis of thirty-one cases from the west bologna psychiatric wards. *Can J Psychiatry*, 42(5); 515–20.
- Graham, I. D., and Harrison, M. B. (2005). Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evidence – Based Nursing*, 8; 68 – 72.
- Hammond WA. (2013). *A treatise on insanity and its medical relations*. New York, NY: D. Appleton and Company (reprinted).
- Lu, Qiu F.; Ma, Qiang; Syed Rithwan, Syed M.A.B.; Ng, Hui C.; Lee, So L.; Lee, Kit M.; Umarani, Krishnan; Xie, Huiting. (2017). Risk factors and nursing strategies to manage choking in Adults with mental illness: a systematic review protocol. *JBISIRIR-2016-002996*.  
[https://DOI: 10.11124/JBISIRIR-2016-002996](https://DOI:10.11124/JBISIRIR-2016-002996).
- Miarons Font, Martaa,b; Rofes Salsench, Laiab. (2017). Antipsychotic medication and oropharyngeal
- Miarons Font M, Rofes Salsench L. (2017). Antipsychotic medication and oropharyngeal dysphagia: systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 29(12);13321339.  
<https://Doi:10.1097/MEG.0000000000000983>

**บรรณานุกรม**

- Miller M, Kearney N. (2004 Sep). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *Int J Nurs Stud*, 41(7); 813-21.  
[https://Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.09.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.09.005). PMID: 15288803.
- O'Neill JR, Stephenson C. (2022 Feb). Antipsychotic-Induced Laryngeal Dystonia. *Psychopharmacology Bulletin*, 52(1); 61-67. PMID: 35342202; PMCID: PMC8896750.
- Regan J, Sowman R, Walsh I. (2006). Prevalence of dysphagia in acute and community Mental Health settings. *Dysphagia*, 21(2); 95–101.
- Ruschena D, Mullen PE, Palmer S, Burgess P, Cordner SM, Drummer OH, et al. (2003). Choking deaths: The role of antipsychotic medication. *Br J Psychiatry*, 183(5); 446–50.
- Videbeck, S.L. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. *Measurement in nursing research*. (2nd ed.) Philadelphia: F.A., 1991.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. *Measurement in nursing and health research*. (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company, 2005.
- Warner J. (2004). Risk of choking in mental illness. *Lancet*, 363(9410); 674.

## ภาคผนวก ก

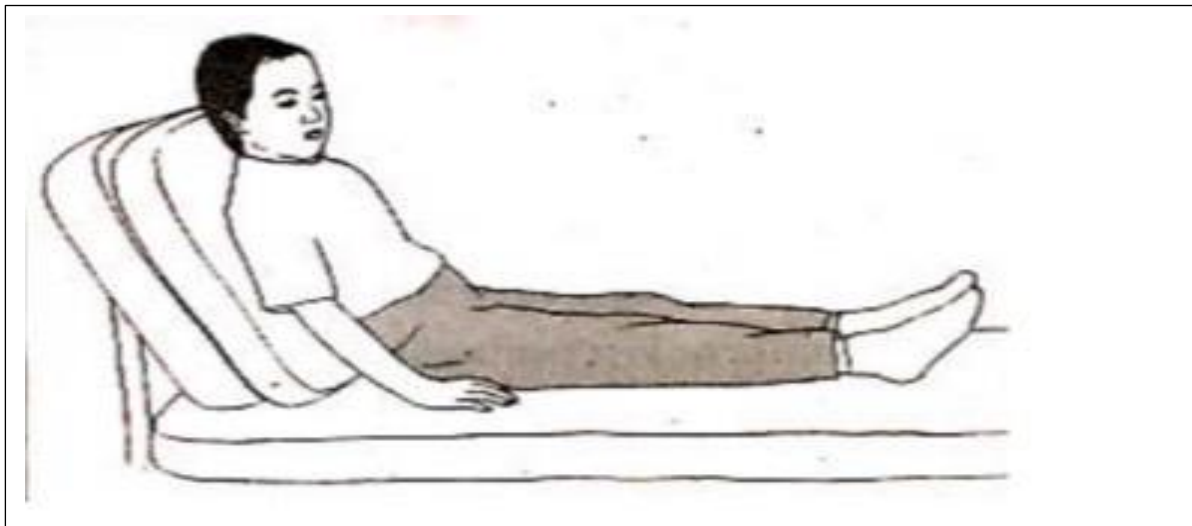
## Flow ขั้นตอนการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการสำลัก



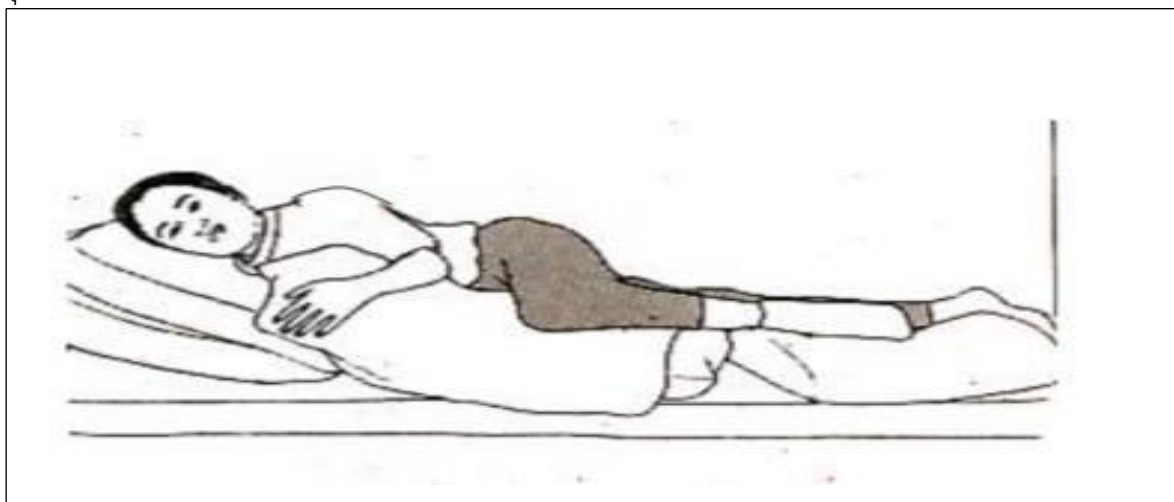
## ภาคผนวก ก

รูปภาพแสดง การจัดท่านอนศีรษะสูง (semi Fowler's position/high Fowler's position)

รูปภาพที่ 1 : ท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา



รูปภาพที่ 2 : ท่านอนตะแคงศีรษะสูงเพื่อช่วยระบายเสมหะ น้ำลายที่หลังปริมาณมาก ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับอาการทางจิต Sedation เท่ากับ - 3 หรือ ความสามารถในการขับเสมหะลดลง เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม.



หมายเหตุ การจัดท่านอนศีรษะสูง (semi Fowler's position/high Fowler's position) ในกรณีที่ไม่ขัดกับการรักษาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อส่งเสริมการระบายอากาศ โดยการจัดท่านอนตะแคงศีรษะสูง เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้อ้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ภาคผนวก ก

### การทดสอบการกลืน

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว มีอยู่ 2 วิธี คือ การประเมินจากระดับการตื่นตัว (Alertness) และการประเมิน Glasgow coma scale เพราะทำให้ทราบว่าการเสียหน้าที่จากพยาธิสภาพของสมองหรือไม่ การกลืนจะมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทสมอง คู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น โดยผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ซึม สับสน จะเสี่ยงต่อการสำลักขณะรับประทานอาหารได้

2. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดยใช้คำสั่ง ง่ายๆ ทำซ้ำๆ ติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 ครั้ง เช่น ในการประเมินการกลืนอาจ บอกให้ผู้ป่วยก้ม-เงยศีรษะ หันหน้าซ้าย-ขวา อ้าปาก-หุบปาก ยิ้ม ยิงฟัน แลบลิ้น เลียริมฝีปาก และกำมือ สามารถช่วยประเมินระดับการรู้สึกตัว แล้วยังเป็นการช่วยประเมินกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน เช่น ประเมินการอ้าปาก-หุบปาก ว่าสามารถปิดปากได้สนิทหรือไม่ มีน้ำลายไหลมุมปาก (Drooling) หรือไม่ การทำงานของลิ้น สามารถแลบลิ้น เลียริมฝีปากได้หรือไม่ เป็นต้น

3. การจัดท่านั่งตัวตรงหรือศีรษะสูง 90 องศา เป็นการจัดท่านั่งที่เหมาะสมในขณะที่รับประทานอาหารสำหรับ ผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรงแล้วทำให้เกิดปัญหาในการกลืน ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้ผนังคอหอยส่วนหน้าถูกดันไปด้านหลัง โคนลิ้นและฝาปิดกล่องเสียงอยู่ชิดกับผนังคอหอยส่วนหลัง หลอดอาหารจึงกว้างขึ้นทำให้กลืนอาหารและน้ำได้ง่าย และ ทำให้แนวกลางของระบบทางเดินหายใจแคบลง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำลัก

### 4. การทดสอบการกลืน จะมีอยู่ 2 วิธี คือ

1) การทดสอบด้วยน้ำ ดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยจิบน้ำ 1 ช้อนชา (5 ซีซี) 3 ครั้ง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติขณะจิบน้ำ ให้ดื่ม 50 ซีซี หรือ จิบน้ำ 5, 10, 30, 60 ซีซี

2) การทดสอบด้วยอาหาร คือ อาหารหนืดข้นเป็นเนื้อเดียว (Puree หรือ Thicker foods) อาหารอ่อนและมีน้ำซุกซุก (Mechanical altered diet)

ซึ่งการทดสอบการกลืนด้วยน้ำจะนิยมใช้ทดสอบมากกว่าอาหาร เนื่องจากการทดสอบการกลืนด้วยน้ำเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยที่กลืนลำบาก หากผู้ป่วยกลืนน้ำได้ ก็สามารถกลืนอาหารได้เช่นกัน

5. การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการทดสอบการกลืน ไม่ว่าจะทดสอบด้วยน้ำอย่างเดียวหรือ ทดสอบด้วยอาหารและน้ำ อาการผิดปกติที่พบได้ คือ อาการไอ (Cough) อาการสำลัก (Choke) มีเสียงน้ำในลำคอหลังจิบน้ำ หรือเสียงเปียกหรือเสียงแหบ (Voice sounds gurgly/wet/hoarse) อาหารหรือน้ำออกจากปาก มีอาหารค้างอยู่ในปาก กลืนอาหารช้ามากกว่า 2 วินาที หรือกลืนอาหารลำบาก และอาการเหนื่อย หายใจเร็ว แสดงถึงผู้ป่วยมีอาการการกลืนลำบากเสี่ยงต่อการสำลัก



## ภาคผนวก ก

## การประเมิน Sedation score

หัวข้อประเมิน	คะแนน
ตื่นรู้สึกตัวดี	0
ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย	1
ง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา แต่ไม่ยากพูดคุยโต้ตอบ	2
หลับตลอดเวลา ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก	3
นอนหลับปกติ	5

หมายเหตุ : ผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับยาสงบอาการทางจิตต้อง ประเมิน Sedation score ทุก 1 – 2 ชั่วโมง

ระดับคะแนน 2 : เผื่อระวังอาการสำคัญขณะรับประทาอาหารและดื่มน้ำ

ระดับคะแนน 3 : ควรจัดทำนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยระบายน้ำลายและเสมหะ เปลี่ยนท่านอน

ติดตามสัญญาณชีพ และวัดระดับออกซิเจนในเลือด ทุก 1 - 2 ชม.

## ภาคผนวก ข

แบบประเมินสมรรถนะ เรื่อง : การพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา  
**อาการทางจิต**

**คำจำกัดความ :** พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยา  
 รักษาอาการทางจิต ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วัน / เดือน / ปี ที่ประเมิน..... ประเมินครั้งที่.....

ผู้รับการประเมิน.....อายุ.....ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ O ปฏิบัติการ O ชำนาญการ .....ปี.....เดือน

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

**คำชี้แจง**

1. เพื่อ ( ) ประเมินปฐมนิเทศ (Orientation)  
 ( ) ประเมินประจำปี (Annual evaluation)
2. เกณฑ์การประเมิน
  - 2.1 ปฏิบัติได้ครบทุกข้อ คิดเป็น 100 %
  - 2.2 คะแนน 100 % ผ่านการประเมิน
3. การให้คะแนน
  - 3.1 ปฏิบัติได้ครบให้ 1 คะแนน
  - 3.2 ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน
4. วิธีประเมิน
  - ( ) ประเมินตนเอง ( ) ผู้ร่วมงานประเมิน
  - ( ) ผู้บังคับบัญชาประเมิน

ตารางการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยจิตเวช  
ที่ได้รับยารักษาอาการทางจิต

รายการกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ประเมินโรคและภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการต่อการสำลักอาหารและน้ำ			
2. ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาในกลุ่มยาต้านโรคจิตที่อาจทำให้เกิด laryngo-pharyngeal dystonia และยาที่ทำให้ความสามารถในการขับเสมหะลดลง			
3. มีการเฝ้าระวังอาการ Extrapyrimal side effects (EPS) หากพบให้รายงานจิตแพทย์ทันที			
4. มีการประเมินความสามารถในการกลืน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการสำลัก หากพบสำลักขณะกลืน หรือพบปัญหาการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก			
5. ผู้ป่วยสำลักน้ำและอาหาร มีปัญหาการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ มีการรายงานจิตแพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาให้อาหารทางสายยาง			
6. เทคนิคการให้อาหารสายยางถูกต้องตามแนวปฏิบัติ			
7. ผู้ป่วยจิตเวชหลังประเมินความเสี่ยงต่อการสำลัก และความสามารถในการขับเสมหะลดลง พยาบาลและทีมดูแลจัดทำนอนศีรชะสูง 30 – 45 องศา ทุกราย			
8. พยาบาลต้องประเมิน Sedation score หลังผู้ป่วยที่ได้รับ Medical restraint ทุก 1 – 2 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วย Sedation score เท่ากับ 3 ให้การพยาบาลตามแนวทางสามารถ Early detection และรายงานแพทย์ได้ถูกต้องเหมาะสม			
9. พยาบาลบันทึกทางการพยาบาลถูกต้องครบถ้วน			
10. พยาบาลวางแผนจำหน่าย ให้ข้อมูลอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช			

## สรุปผลการประเมิน

 ผ่าน ควรปรับปรุง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

## แนวทางในการพัฒนา

 ทบทวนเอกสาร ตำรา จัดโปรแกรมการฝึกอบรมภายในหน่วยงาน สอนชี้แนะในระหว่างการศึกษาปฏิบัติ จัดพยาบาลพี่เลี้ยงให้ ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตให้ดู ส่งไปอบรมนอกสถานที่ อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อผู้รับการประเมิน.....