

# โรงพยาบาลหนองคาย



## วิธีปฏิบัติ

เลขที่ NK – WI – Bhum – ๐๐๓


เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

## เอกสารควบคุม

	ชื่อ-สกุล	ลายมือชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดเตรียมโดย	นางสาวเมธาวิ ปัญญาสวัสดิ์		๐ ๗ มี.ค. ๒๕๖๗
ทบทวนโดย	นางคณิวรรณ ภูเขา		๐ ๗ มี.ค. ๒๕๖๗
อนุมัติโดย	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ		๗ มี.ค. ๒๕๖๗

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๒/๖
วิธีปฏิบัติงานเลขที่ NK - WI - Bhum ๐๐๓	วันที่บังคับใช้	๐๗ มี.ค. ๒๕๖๗
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท		

ตารางการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่ (วันเริ่มบังคับใช้)	รายละเอียดที่แก้ไข /เหตุผลที่แก้ไข	จัดเตรียมโดย	ทบทวนโดย	อนุมัติโดย
ฉบับที่ A (๒๕๖๗)	ออกฉบับใหม่ครั้งแรก	นางสาวเมธาวี ปัญญาสวัสดิ์	นางคณิวรรณ ภูษา	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ 

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๓/๖
วิธีปฏิบัติงานเลขที่ NK – WI – Bhum ๐๐๓	วันที่บังคับใช้	0 ๗ มี.ค. ๒๕๖๗
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท		

## ๑. วัตถุประสงค์

- ๑.๑ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวช
- ๑.๒ เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวช
- ๑.๓ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะที่มสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวช

## ๒. นโยบาย

แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ตระหนักและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวช ถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

## ๓. ขอบเขต

ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกรายที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหนองคาย

## ๔. คำจำกัดความ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิตและการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดงทางบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจา สับสน พฤติกรรมวุ่นวาย เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงานหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

## ๕. หน้าที่ความรับผิดชอบ

- ๕.๑ แพทย์เจ้าของไข้ : รับผิดชอบตรวจรักษา และให้คำอธิบายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
- ๕.๒ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย :
  - ๕.๒.๑ พยาบาลหัวหน้าเวร มีหน้าที่รับผิดชอบประเมินอาการทางจิตและประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายในหอผู้ป่วยจิตเวช และทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม
  - ๕.๒.๒ พยาบาลประจำการ มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวชตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าเวร
- ๕.๓ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ : มีหน้าที่ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย ปฏิบัติในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม
- ๕.๔ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย : มีหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของบุคลากรในทีมสุขภาพ

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๔/๖
วิธีปฏิบัติงานเลขที่ NK – WI – Bhum ๐๐๓	วันที่บังคับใช้	๐๗ มี.ค. ๒๕๖๗
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท		

## ๖. แนวทางปฏิบัติ

### ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### I การประเมินแรกรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Acute phase

๑ รวบรวมข้อมูลอาการแรกรับ จากประวัติการเจ็บป่วยเบื้องต้นจาก ER/OPD/IPD

๒ สื่อสารทีมเตรียมรับใหม่ผู้ป่วย ดังนี้

๒.๑ พยาบาลวิชาชีพ เตรียมเอกสารรับใหม่ผู้ป่วยและอุปกรณ์ Treatment

๒.๒ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมเตียง, เสื้อผ้า, อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย และผ้าผูกยึดกรณีผู้ป่วยมี

พฤติกรรมก้าวร้าว, ทำร้ายตนเอง และDelirium

๒.๓ รพภ. ดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม และรักษาความปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย

๓ รับใหม่ผู้ป่วยในห้องแยก ประเมินสภาพแรกรับ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอุปกรณ์ หรือสิ่งต้องห้ามที่ผู้ป่วยอาจนำมาเป็นอาวุธทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า

๔ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ใช้แบบประเมินต่างๆ (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) ในการรายงานแพทย์พิจารณา Medical restrain และMedication ดังนี้

๔.๑ Violence : แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

๔.๒ Depress/Suicide : แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q), แบบประเมินโรคซึมเศร้า (๙Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q)

๔.๓ Delirium/Withdrawal : แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (AWS)

๔.๔ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย : แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย

๔.๕ การประเมินความพิการและความสามารถ : แบบประเมินความพิการทางจิตกรมสุขภาพจิต

๕ ปฏิบัติตามแนวทางการผูกยึดผู้ป่วย (Physical restrain) กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว, ทำร้ายตนเอง และDelirium

๖ ซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมและอาการทางจิต ตามแบบประเมินแรกรับ (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

๗ ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน SAVE, BPRS (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

๘ ให้ข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลแก่ญาติ Inform consent, ตรวจสอบแบบบันทึกตาม ตจ.๑ และ ตจ.๒ กรณีไม่มีญาติ

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๕/๖
วิธีปฏิบัติงานเลขที่ NK – WI – Bhum ๐๐๓	วันที่บังคับใช้	๐ ๗ มี.ค. ๒๕๖๗
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท		

## II การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Acute phase ตามแนวทาง Acute Psychosis สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

๑. ดูแลเจาะ Lab ได้แก่ CBC with plt., BUN, Cr, E'lyte, Ca, Po4, Mg, LFT, CPK, Urine amphetamine, marijuana, P CXR, EKG ๑๒ leads ตาม Standing order acute psychosis ติดตาม และ รายงานผล พบค่าวิกฤติ ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)
๒. ระวังต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น : ผู้ป่วยรับใหม่ในช่วง ๒๔-๗๒ ชั่วโมงแรก ประเมิน OAS ซ้ำ ทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง พบผู้ป่วยมีอาการ ได้แก่ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เคร่งเครียด เดินไปมา ร่วมกับ คะแนน OAS  $\geq$  ๑ รายงานแพทย์ ดูแลให้ Medical restrain, Physical restrain ตามแนวทางผูกยึด และแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง รมัดระวังผู้ป่วยหลบหนี
๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการและบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช Detection EPS หากพบอาการรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษาทันที (แบบบันทึกและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา รายละเอียดตามภาคผนวก ก)
๔. ประเมินอาการซ้ำ คะแนน OAS เท่ากับ ๐ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อารมณ์สงบ Orientation ได้ดี พิจารณายุติการดูแลในห้องแยก นำผู้ป่วยนอนเตียงห้องผู้ป่วยชายหรือหญิง
๕. สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ประเมินหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
๖. ประเมิน BPRS (day๑, day๓, day๗, ทุกวันศุกร์), ประเมิน SAVE (day๑, day๓, day๗, ทุกวันอังคาร) ไม่พบความเสี่ยง พิจารณาเข้าร่วมกลุ่มบำบัด
๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมพฤติกรรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง, การออกกำลังกาย, การทำความสะอาดเตียง และการล้างมือ สังเกตพฤติกรรมขณะเข้าร่วมกลุ่ม
๘. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กลุ่มบำบัด เพื่อสนับสนุนการคิดเชิงบวก ลดอาการซึมเศร้า/แยกตัว และการควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
๙. ให้กำลังใจ และคอยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง หรือผู้อื่น เห็นความสามารถและศักยภาพในการพึ่งตนเอง

## III การวางแผนจำหน่าย

๑. ทีมสหวิชาชีพประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง
๒. ทีมสหวิชาชีพนำปัญหาและความต้องการในข้อ ๑ ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน (เป้าหมายการวางแผนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับ A	หน้าที่ ๖/๖
วิธีปฏิบัติงานเลขที่ NK - WI - Bhum ๐๐๓	วันที่บังคับใช้	๐ ๗ มี.ค. ๒๕๖๗
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท		

๓. ทีมสหวิชาชีพนำแผนการดูแลที่ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่ายในข้อ ๒ มาปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการในระยะ acute phase, Stabilization phase และ Stable phase

๔. ทีมสหวิชาชีพประเมินผลการดูแลระยะ acute phase, Stabilization phase และ Stable phase กับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน (Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะ acute phase, Stabilization phase และ Stable phase รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

#### ๗. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

๗.๑ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ๑๐๐%

๗.๒ อัตราการมารักษาซ้ำด้วยอาการทางจิตกำเริบ และขาดยา  $\leq 5\%$

๗.๓ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากดูแลรักษา ได้แก่ แผลกดทับ แผลฟกช้ำ พลัดตก หกล้ม ตกเตียง เท่ากับ ๐

#### ๘. เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข), (ครั้งที่พิมพ์ ๒), (กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิคทอเรียอิมเมจจำกัด, ๒๕๖๐), หน้า ๔-๔๒

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติ เรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๑), (กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิคทอเรียอิมเมจจำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๑๒-๓๗

## ภาคผนวก ก

การจำแนกตามการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) แบบ ICD-๑๐ (The ๑๐<sup>th</sup> Edition of the International Classification Diseases)

- โรคจิตเภท มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือ เฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญา มักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตาม การสูญเสียด้านการรู้คิดจะค่อยๆ ปรากฏขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความคิดแพร่กระจาย การหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุม หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย มีความคิดที่ผิดปกติ และมีอาการด้นลบ

- การดำเนินโรคของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆแล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์ แบบอารมณ์เศร้ามากหรือ mania ยกเว้นทราบชัดเจนว่า อาการทางอารมณ์เกิดภายหลังอาการของโรคจิตเภท และ จะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการทางสมองชัดเจน หรือเกิดจากภาวะเป็นพิษจากยาหรือภาวะถอนยา และ ต้องไม่เกิดจากโรคลมชัก หรือโรคอื่นทางสมอง

การจำแนกตามการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ๕<sup>th</sup> ed.: DSM-๕)

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไปนาน ๑ เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ ๑-๓ อยู่ ๑ อาการ

(๑) อาการหลงผิด

(๒) อาการประสาทหลอน

(๓) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะที่ห้วนๆ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)

(๔) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (Catatonic behavior)

(๕) อาการด้นลบ เช่น สีหน้าที่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน ๑ เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มมีอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยใน ช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้นลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ ๒ อาการ ขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. ต้องแยก โรคจิตอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วออก

E. ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก

F. ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิสติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภท ก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย ๑ เดือน ร่วมด้วย



## แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วย

## 1. การรับผู้ป่วย

- 1.1 ประเภทการรับผู้ป่วย รับใหม่/รับย้ายจาก  OPD  IPD.....  ER  Refer จาก .....
- 1.2 มาถึงหอผู้ป่วยเวลา.....น. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- 1.3 ผู้นำส่ง (ชื่อ-สกุล)..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....
- 1.4 ผู้ให้ข้อมูล  ไม่มี  ผู้ป่วย  ผู้นำส่ง  อื่นๆ ระบุ.....
- 1.5 การนำส่งผู้ป่วย  เดินทางมาเอง  เปลนอน/รถเข็นนั่ง  อื่นๆ ระบุ.....
- 1.6 คลี  ไม่มี  มี ระบุ.....
- 1.7 SMI-V  ไม่มี  มี ระบุ  1 ทำร้ายตนเองหวังให้เสียชีวิต  2 ทำร้ายผู้อื่น/ผู้อื่นหวาดกลัว  
 3 หลงผิด/ทำร้ายผู้อื่น/ตนเองหวังให้เสียชีวิต  4 ก่อคดีร้ายแรง(วางเพลิง/พยายามฆ่า/ข่มขืน)
- 1.8 บาดแผล  ไม่มี  มี ระบุ.....

## 2. ประวัติการเจ็บป่วย

## 2.1 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

2.1.1 อาการสำคัญ.....

2.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

2.1.4 ประวัติการเจ็บป่วย(จิตเวช)ในครอบครัว.....

.....

## 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย

2.2.1 โรคประจำตัวหรืออาการทางกายในปัจจุบัน  ไม่ทราบ  ไม่มี มี (ระบุ)..... ไม่ได้รักษา  อยู่ระหว่างการรักษา (ระบุชื่อยา/สถานพยาบาล).....2.2.2 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด  ไม่ทราบ  ไม่มี มี (ระบุ).....2.2.3 ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี  ไม่ทราบ  ไม่มี มี (ระบุชนิดของสิ่งที่แพ้)..... อาการแพ้.....





2.2.4 ประวัติการใช้สารเสพติด  ไม่ทราบ  ไม่เคยใช้  เคยใช้

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

2.2.5 ประวัติประจำเดือน.....

ส่วนที่ 2 การประเมินสภาพร่างกายเบื้องต้น

BW.....Kg Ht.....Cm

โรคผิวหนัง.....อาการรวม.....

การเคลื่อนไหว.....ความพิการ.....

ส่วนที่ 3 การประเมินสภาพจิต (MMSE)

3.1 อารมณ์  แจ่มใส  หงุดหงิด  ซึมเศร้า  เฉยเมย/ไร้อารมณ์

อื่นๆ.....

3.2 พฤติกรรม  ก้าวร้าว  ทำลายสิ่งของเครื่องใช้

หวาดระแวง  ทำร้ายตนเอง(ระบุวิธีการ).....

พุดมาก  ทำร้ายผู้อื่น (ระบุวิธีการ).....

พุดคนเดียว  หัวเราะคนเดียว

ร้องไห้ไม่สมเหตุผล  อื่นๆ ระบุ.....

3.3 ความคิด  สมเหตุสมผล  ไม่สมเหตุสมผล  ค่อนข้าง  ไม่ค่อนข้าง

หลงผิด.....  หวาดระแวง.....

หยุตชะงัก  วกวน  หลากหลาย/ฟุ้งซ่าน

อื่นๆ ระบุ.....

3.4 การรับรู้  ตรงสภาพที่เป็นจริง  ประสาทหลอน ระบุ.....

3.5 การรู้จักตนเอง  การยอมรับการเจ็บป่วย  ไม่การยอมรับการเจ็บป่วย

3.6 ความจำ ระยะสั้น  ปกติ  ไม่ปกติ

ระยะยาว  ปกติ  ไม่ปกติ

3.7 จิตสังคม

นับถือศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ โปรดระบุ.....

ผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง.....

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician



## แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

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

พฤติกรรม	วันที่				
	เวลา				
<b>1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง</b>					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 2 ชีตข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก					
ระดับ 3 ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอยกรีดลึก เลือดออกหรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือหมดสติ					
<b>2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก</b>					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 1 หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนคำผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง					
ระดับ 2 คำคำหยาบคาย ใช้คำสกรปรุนแรง/แสดงท่าคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าด้อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งซัน ตะแคงหรือดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง					
ระดับ 3 พุดจาข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะมาแก ฯลฯ/ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เลือด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ					
<b>3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน</b>					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 1 ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย					
ระดับ 2 ขว้างปา/เตะ/ทุบ วัตถุหรือสิ่งของ					
ระดับ 3 ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว ฉาม มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือ จุดไฟเผา ฯลฯ					
รวม					
ผู้ประเมิน					
ยาและการดูแลที่ให้ ( ทำเครื่องหมาย✓ )					
ระดับคะแนน 1	1) Diazepam 5-10mg 1เม็ด หรือ				
	2) Haloperidol 5 mg 1เม็ด				
ระดับคะแนน 2	1) Diazepam 10mg IV หรือ				
	2) Haloperidol 5				
	3) Restraint				
ระดับคะแนน 3	1) Diazepam 10mg IV ช้าได้ 5-10mg				
	2) Haloperidol 5mg ช้าได้ 5mg ทุก 15-30 นาทีจนสงบ				
	3) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น				
	4) Restraint				
ลงชื่อพยาบาล					
Name of patient		Age	HA/AN		
Department of service		Ward	Attending physician		

แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q)

ชื่อ/สกุล ผู้ถูกประเมิน .....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย "✓" ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	เครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ "ท่านรู้สึก หดหูเศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่"		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ "ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่"		

• ถ้าคำตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

• ถ้าคำตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป หมายเหตุ เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆ จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
<b>รวม</b>					

หมายเหตุ - กรณีคะแนน 9Q  $\geq 7$  ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ

- กรณีคะแนน 9Q  $\geq 13$  ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า  7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย  13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง   $\geq 19$  มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้	ไม่ได้
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
<b>รวม</b>				

0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย

9-16 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง

$\geq 17$  มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
Rajabhat Hospital

แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS

NK-FM- Bhum-๐๖

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE									
ดื่มครั้งสุดท้าย วันที่ : .....		วันที่							
เวลา.....AM/PM		เวลา							
เหวี่ยง	0 ไม่มีเหวี่ยง 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือขึ้น มีเม็ดเหวี่ยงตามใบหน้าตามตัว 3 เหวี่ยงเบี่ยงขึ้นทั้งตัว 4 เหวี่ยงออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเบี่ยง								
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลาขยับมือไปจับสิ่งของ 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา								
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบาย 2 รู้สึกหวาดหวั่นตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic								
กระสับกระส่าย	0 ปกติ 1 งุ่มง่าม 2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆได้ 3 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่ายมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้								
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0 C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 C ถึง 37.5 C 2 อุณหภูมิ 37.6 C ถึง 38.0 C 3 อุณหภูมิ 38.1 C ถึง 38.5 C 4 อุณหภูมิ 38.6 C หรือมากกว่า								
ประสาทหลอน V= ภาพหลอน T= มีอะไรได้ ตามตัว A= หูแว่ว	0 ไม่มี 1 มีบ้าง แต่รู้ตัว 2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง 3 มีบ่อยๆ รู้สึกทุกข์ทรมาน 4 ไม่รับรู้ความจริง								
การรับรู้ บุคคล วัน เวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลาและสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล 4 เสียการรับรู้								
คะแนนรวม AWS									
ความดันโลหิต									
ชีพจร									
อัตราการหายใจ									
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่น รู้ตัวดี ฟังคำสั่งได้ 2 สับสนตอบสนองต่อเนื่อง 3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 Semi - comatose 5 Comatose								
Pupil + reacts - no reaction B brisk S Sluggish	Size in mm. Reaction								
ยาที่เพิ่ม									
Nurse Initials									
Name of patient		Age			HA/AN				
Department of service		Ward			Attending physician				

## แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย และสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)

...../...../.....เวลา.....น

ประวัติได้จาก  ผู้ป่วย  Refer  ตำรวจ  ฝ่ายปกครอง  
 ผู้นำส่งชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์.....

สถานะผู้ป่วยขณะซักประวัติ :  รู้สึกตัวถามตอบได้  ไม่รู้สึกตัว  ซักประวัติไม่ได้

ประวัติการรักษาก่อนมาโรงพยาบาล :  ไม่ได้รักษาจากที่ใด  เคยรับการรักษา (ที่.....)

ประวัติการรับประทานยา :  สม่าเสมอ  ไม่สม่าเสมอ

ประวัติการขาดยา :  ไม่ขาดยา  ขาดยามา.....วัน/เดือน/ปี

อาการสำคัญ : ..... ชั่วโมง/วัน/เดือน/ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน : .....

ประวัติในอดีต: โรคประจำตัว.....

ยาปัจจุบัน: .....

แพ้ยา/แพ้อาหาร :  ไม่มี  มี..... อุบัติเหตุ/ผ่าตัด :  ไม่มี  มี.....

เคยนอนโรงพยาบาล :  ไม่เคย  เคย ครั้งล่าสุด วันที่..... ประวัติประจำเดือน : LMP..... สม่าเสมอ/ไม่สม่าเสมอ

ประวัติครอบครัว:

โรคทางจิตเวชในครอบครัว :  ไม่มี  มี.....

ความสัมพันธ์ในครอบครัว : .....

ประวัติส่วนตัว:

อาชีพ : ..... สถานภาพสมรสปัจจุบัน :  แต่งงาน  อยู่ด้วยกันไม่ได้แต่งงาน  หย่าร้าง  โสด

อยู่อาศัยกับ : .....

การใช้สารเสพติด :

ชนิด	ปริมาณ	ระยะเวลา	ครั้งล่าสุด	ส่งผลเสีย			ติดต่อยา	ถอนยา	อยาก ยา	ควบคุมการ ใช้ไม่ได้
				สุขภาพ	สังคม	การงาน				
<input type="checkbox"/> ยาบ้า										
<input type="checkbox"/> กัญชา										
<input type="checkbox"/> สุรา										
<input type="checkbox"/> บุหรี่										
<input type="checkbox"/> กระท่อม										
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....										

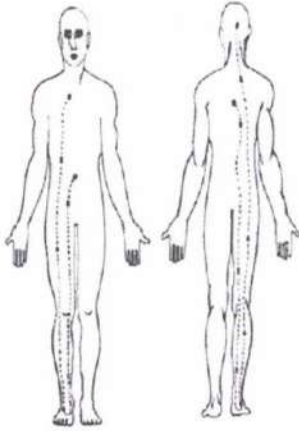
ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกาย

ผิวหนังและศีรษะ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....	ทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....
หู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....	ระบบสืบพันธุ์	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....
หัวใจ/หลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....	เลือด/น้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....	กระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....
ทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....	อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician

## Physical examination

Vital sign: BT.....C, PR.....bpm, BP...../.....mmHg, RR...../min Body weight.....kg, Height.....cm

HEENT	<input type="checkbox"/> not pale, anicteric sclerae, thyroid gland not enlarged	<input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Heart	<input type="checkbox"/> normal S1 S2, no murmur	<input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Lungs	<input type="checkbox"/> normal breath sound, no adventitious sound	<input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Abdomen	<input type="checkbox"/> soft, not tender, normoactive bowel sound	<input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Extremities	<input type="checkbox"/> no rash, no edema, no hesitation mark	<input type="checkbox"/> Hesitation mark <input type="checkbox"/> Abnormal.....	
Neurosign	<input type="checkbox"/> alert, good consciousness, motor power grade V all, sensory grossly intact	<input type="checkbox"/> Abnormal.....	

## Mental status examination

GA	<input type="checkbox"/> ผู้ชาย/หญิง แต่งตัวสะอาด/สกปรก	<input type="checkbox"/> พูดคนเดียว <input type="checkbox"/> ดูหวาดระแวง
Psychomotor	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> retardation
Speech	<input type="checkbox"/> coherent and relevant	<input type="checkbox"/> incoherent <input type="checkbox"/> irrelevant
Mood and Affect	<input type="checkbox"/> euthymia, appropriate affect	<input type="checkbox"/> depressed <input type="checkbox"/> anxious <input type="checkbox"/> elevated <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> restricted affect <input type="checkbox"/> blunt affect
Thought	<input type="checkbox"/> denied delusion, homicidal, and suicidal idea	<input type="checkbox"/> Delusion: paranoid, grandiosity, bizarre, jealousy, erotomania <input type="checkbox"/> Thought: broadcasting, thought insertion, thought withdrawal <input type="checkbox"/> Suicidal idea <input type="checkbox"/> suicidal plan (controllable/uncontrollable) <input type="checkbox"/> Homicidal idea <input type="checkbox"/> homicidal plan (controllable/uncontrollable)
Perception	<input type="checkbox"/> denied auditory and visual hallucination	<input type="checkbox"/> Auditory hallucination <input type="checkbox"/> Visual hallucination <input type="checkbox"/> Tactile hallucination
Judgment	<input type="checkbox"/> fair	<input type="checkbox"/> poor
Other	.....	

## Problem listing

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

## Provisional diagnosis

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

## Plan of treatment

 รักษาทางยา  ค้นหาสาเหตุโรค  สังเกตอาการ  จิตบำบัด  อื่นๆ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician

## แบบประเมินความพิการทางจิต

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

## ๑. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

๑. บอกครั้งเดียวหรือสองครั้ง สามารถทำตามได้
๒. สอน/สาธิตซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้
๓. สอน/สาธิตซ้ำๆ แล้วยังไม่เข้าใจ และทำไม่ได้

## ๒. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

๑. สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้
๒. ต้องกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวันได้
๓. ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ได้

## ๓. การช่วยเหลืองานบ้าน (เหมาะสมกับอายุ)

๑. สามารถช่วยเหลืองานบ้านได้
๒. ต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองานบ้าน
๓. ช่วยเหลืองานบ้านไม่ได้

## ๔. ความสามารถในการเข้าสังคม

๑. สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้
๒. มีสังคมเฉพาะคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น
๓. ไม่เข้าสังคมหรือชอบแยกตัว

## ๕. ความสามารถในการสื่อสาร

๑. สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
๒. สนทนาร่วมกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (สำหรับเด็กต้องคำนึงพัฒนาการตามอายุ)
๓. ไม่สนทนากับใคร

## ๖. ความสามารถในการประกอบอาชีพ/การเรียนรู้

## ๖.๑ ความสามารถในการประกอบอาชีพ

๑. ประกอบอาชีพได้และเมื่อมีปัญหาสามารถหาที่ปรึกษาได้
๒. ประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
๓. ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

## ๖.๒ ความสามารถในการเรียน

๑. เรียนได้
๒. เรียนได้แต่ลำบาก
๓. เรียนไม่ได้

เอกสารแผ่นนี้  
ให้แพทย์เป็นผู้ประเมิน

สรุปผลการประเมินความพิการ รวม.....คะแนน ชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อ.....  
แพทย์.....

ตราประทับ  
โรงพยาบาล



## แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

ข้อ	ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึก	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
		.....	.....	.....	.....	.....	.....
1	หมกมุ่น กังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)						
2	อาการวิตกกังวล (Anxiety)						
3	การแยกตัว (Emotional Withdrawal)						
4	ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)						
5	ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)						
6	ความตึงเครียด (Tension)						
7	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)						
8	ความคิดว่าตนมีความพิเศษเกินจริง (Grandiosity)						
9	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)						
10	ไม่เป็นมิตร (Hostility)						
11	ระแวง (Suspiciousness)						
12	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)						
13	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation)						
14	การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness)						
15	เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought Content)						
16	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)						
17	อาการกระวนกระวาย (Excitement)						
18	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)						
คะแนนรวม							
ผู้บันทึก							

## การให้คะแนน

- 1 = ไม่มีอาการ                      2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ  
3 = มีอาการเล็กน้อย              4 = มีอาการปานกลาง              5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง  
6 = มีอาการรุนแรง                  7 = มีอาการรุนแรงมาก

## ความหมายของคะแนน

- ระดับคะแนน  $\leq 18$  คะแนน              หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ  
ระดับคะแนน 19-36 คะแนน              หมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย  
ระดับคะแนน 37-126 คะแนน              หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician





แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

NK-FM- Bhum-001

เกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก	วัน/เดือน/ปี				
	OPD/ER	แรกรับ	ขณะรักษาในโรงพยาบาล		
	<b>แบบประเมินฆ่าตัวตาย (S : Suicide)</b>				
• มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองจากอาการทางจิต (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- มีอาการหูแว่ว สั่งให้ทำร้ายตนเอง* (1 คะแนน)					
- หวาดกลัว หวาดระแวง (1 คะแนน)					
- หลงผิด หุนหันพลันแล่น (1 คะแนน)					
- ซึมเศร้า ท้อแท้ (1 คะแนน)					
• คลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
• ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการสูญเสียที่สำคัญ เช่น บุคคลใกล้ชิด/หน้าที่การงาน/อวัยวะ ระบุ..... (1 คะแนน)					
• ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- เคยพยายามฆ่าตัวตาย* (1 คะแนน)					
หมายเหตุ: 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง					
• ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- พยายามฆ่าตัวตาย* (1 คะแนน)					
หมายเหตุ: 0-2 = ต่ำ 3-5 = ปานกลาง 6-7 = สูง					
<b>แบบประเมินอุบัติเหตุ (A : Accident)</b>					
• การทรงตัวไม่ดี					
- อายุ 60 ปีขึ้นไป/หรือมีภาวะทุพพลภาพ (1 คะแนน)					
- รับประทาน HAD/หรือยากกลุ่ม Benzodiazepine หรือยาที่มีผลต่อ ความดันโลหิต หรือ รับประทานยาลด PRN (1 คะแนน)					
- อ่อนเพลีย ง่วงซึม งุนงง สับสน อยู่ไม่นิ่ง* (1 คะแนน)					
• มีแนวโน้มที่จะได้รับอุบัติเหตุจากโรคร่วม/ภาวะทางกาย (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- โรคลมชัก/สมองเสื่อม/โรคทางสมอง (1 คะแนน)					
- ภาวะนอนพิษสุรา (1 คะแนน)					
- ภาวะเพื่อ (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hypertension (BP <90/60 mmHg, >140/90 mmHg) (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hyperglycemia (DTX<80mg%, >180 mg%6) (1 คะแนน)					
หมายเหตุ: 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง					
Name of patient	Age	HA/AN			
Department of service	Ward	Attending physician			



เกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก	วัน/เดือน/ปี			
	OPD/ER	แรกรับ	ขณะรักษาในโรงพยาบาล	
<b>แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V : Violence)</b>				
• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีประวัติพกพาอาวุธ/ทำลายของ/ทำร้ายผู้อื่น (1 คะแนน)				
• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง จากอาการทางจิต (ข้อใดข้อหนึ่ง)				
- หวาดกลัว หวาดระแวง (1 คะแนน)				
- มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน (1 คะแนน)				
- หลงผิด หุนหันพลันแล่น (1 คะแนน)				
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง				
- ทำร้ายตนเองรุนแรง* (1 คะแนน)				
- ชีดข่วนผิวหนัง ตัดตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก (1 คะแนน)				
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก				
- พุดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน/ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ* (1 คะแนน)				
- คำ ใช้อภัยคำหยาบคาย รุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม (1 คะแนน)				
- หงุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนต่อผู้อื่น ด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง (1 คะแนน)				
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน				
- ทำสิ่งของแตกหักกระจัดกระจาย* (1 คะแนน)				
- ขว้างปา/เตะ/ทุบวัตถุหรือสิ่งของ (1 คะแนน)				
- ปิดประตูเสียงดังหรือขว้างของกระจัดกระจาย (1 คะแนน)				
หมายเหตุ: 0-4= ต่ำ 5-8 = ปานกลาง 9-12 = สูง				รวมคะแนน
<b>แบบประเมินหลบหนี (Escape)</b>				
• มีประวัติพยายามหลบหนีปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่อยากอยู่รพ. (1 คะแนน)				
• มีประวัติคิดสุร/ซา/สารเสพติด (1 คะแนน)				
• วิดกกังวลเกี่ยวกับการกิจ ส่วนตัวที่ต้องจัดการด้วยตนเองหรือมีภาระรับผิดชอบครอบครัวบรรเทาให้ติดต่อญาติรับกลับบ้าน ขอออกนอกคอกบ่อย ๆ (1 คะแนน)				
• มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี* (1 คะแนน)				
• มีแนวโน้มที่จะหลบหนี (ข้อใดข้อหนึ่ง)				
- แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ญาติไม่มารับกลับ (1 คะแนน)				
- มีแนวโน้มญาติทอดทิ้ง (1 คะแนน)				
- สับสน เดินเรื่อยเปื่อย พูดว่าจะหนี หรือหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดว่า มีคนสั่งให้ออกไปข้างนอกหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล (1 คะแนน)				
- อยากเสพสุรา/ยา/สารเสพติด* (1 คะแนน)				
หมายเหตุ: 0-2= ต่ำ 3-5= ปานกลาง 6-8= สูง				รวมคะแนน
				ลงชื่อผู้ประเมิน
หมายเหตุ: ประเมินข้อใดที่มีเครื่องหมาย *ให้ปรับความเสี่ยงเป็นระดับสูง				

โรงพยาบาลหนองคาย  
Doctor's Order Sheet

ปรับปรุงวันที่ 8 พฤษภาคม 2565

Progress note	Date	Order for one day	Date	Order for Continuation
		<p><b>Imp: Acute psychosis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Admit หอผู้ป่วย .....</p> <p><input type="checkbox"/> แบบบันทึก ตจ.1 (กรณีไม่มีญาติมาด้วย)</p> <p>- Blood for CBC with platelet, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Po4, Mg, LFT, CPK at ER</p> <p>- Urine amphetamine, marijuana</p> <p>- Portable chest X-ray</p> <p>- ATK ก่อนขึ้น ward</p> <p>- EKG 12 leads</p> <p><input type="checkbox"/> Haloperidol 5 mg IM prn for agitation q 30 min (max 20 mg/day)</p> <p>Midazolam 10 mg IM prn for agitation q 30 min (max 60 mg/day)</p> <p><input type="checkbox"/> Restrain if necessary</p> <p>หมายเหตุ:</p> <p><input type="checkbox"/> เปลี่ยนเป็น Haloperidol 2.5 mg และ Midazolam 5 mg หากอายุมากกว่า 60 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> งดฉีด Haloperidol และ Midazolam กรณี Platelet &lt; 50,000</p> <p><input type="checkbox"/> Off Haloperidol เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ตัวแข็ง</p>		<p>- Suicidal and homicidal precaution (หากมีเหตุแล้ว ลักษณะเสี่ยงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น)</p> <p>- Regular diet</p> <p>- Record V/S</p> <p>- Record I/O</p> <p><u>Medication</u></p> <p>- none</p>
Name of Patient		Age	HN	AN
Department		Ward	Attending Physician	



## แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวขณะผูกยึด

การวินิจฉัย.....

สาเหตุของการผูกยึด.....

วัตถุประสงค์ของการผูกยึด.....

ระยะเวลาการผูกยึด.....เริ่มต้นวันที่.....เวลา.....สิ้นสุดวันที่.....เวลา.....

ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด  ไม่มี  มี ระบุ.....

วzp/เวลา ตรวจเยี่ยม	V/S	ทำผูกยึด				อาการและการ พยาบาลขณะจำกัด พฤติกรรม	สีผิวหนัง ที่ผูกยึด	ผู้ประเมิน

หมายเหตุ แนะนำให้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดและให้การพยาบาลเป็นระยะทุก 15-30 นาที (พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย) เปลี่ยนท่าผูกยึดทุก 1-2 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึก อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician



แบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวชทั่วไป

ให้ระบุตัวเลขเมื่อทราบอาการ และเครื่องหมาย (-) เมื่อไม่พบอาการ และ N/A หมายถึงประเมินอาการไม่ได้

ว.ค.ป																				
อาการไม่พึงประสงค์																				
Anticholinergic Effect : ปากแห้ง คอแห้ง มองภาพไม่ชัด ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะลำบาก																				
Adrenergic blocking : หน้ามืดบ่อย ๆ ขณะเปลี่ยนท่าทาง																				
Antihistamine : ง่วงซึมมาก, น้ำหนักตัวเพิ่ม >5%																				
Acute dystonia : ตาเหลือกขึ้นข้างบน, ปากเบี้ยว, พูดไม่ได้, หลังบิดเกร็ง, คอเอียงถี่ๆ, สิวและลำตัวโน้มไปข้างหน้า, สิวระสั่น, แขนไม่แกว่ง หยุดเดิน ทันทีตามคำสั่งไม่ได้, มือสั่น, หน้าตาเฉยเมย, ตัวแข็งเกร็งมาก																				
Akathisia : กระสับกระส่าย กระวนกระวาย นั่งไม่ติด ต้องเดินไปมา ขยับตัวอยู่ตลอดเวลา																				
Tardive dyskinesia : การเคลื่อนไหวของใบหน้า ลำตัว แขนขาผิดปกติ เช่น ชากรรไกรกระตุก คูคริมฝีปาก																				
Tuberoinfundibular : เต้านมโต มีน้ำนมไหล ประจำเดือนผิดปกติ																				
Allergic Reaction : ผื่น , ผิวหนังอักเสบ, ตีข่าน, แพ้แสงแดด																				
อื่นๆ ระบุ.....																				
พยาบาลผู้ประเมิน																				
เภสัชกรผู้ประเมิน																				
แพทย์ผู้ประเมิน																				

ประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

**หมายเหตุ**

1. พยาบาลเฝ้าระวังและให้ความรู้กับผู้ป่วย
2. แจ้งแพทย์ทราบ
3. แจ้งแพทย์ทราบและแพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา
4. อื่นๆ เช่น ตามเภสัชกรประเมิน ADR, ส่งตรวจ Lab

หมายเหตุ ADR ที่มีเครื่องหมาย \*\* ให้ตามเภสัชกรเพื่อประเมินและเก็บข้อมูล

Name of patient	Age	HA/AN
Department of service	Ward	Attending physician

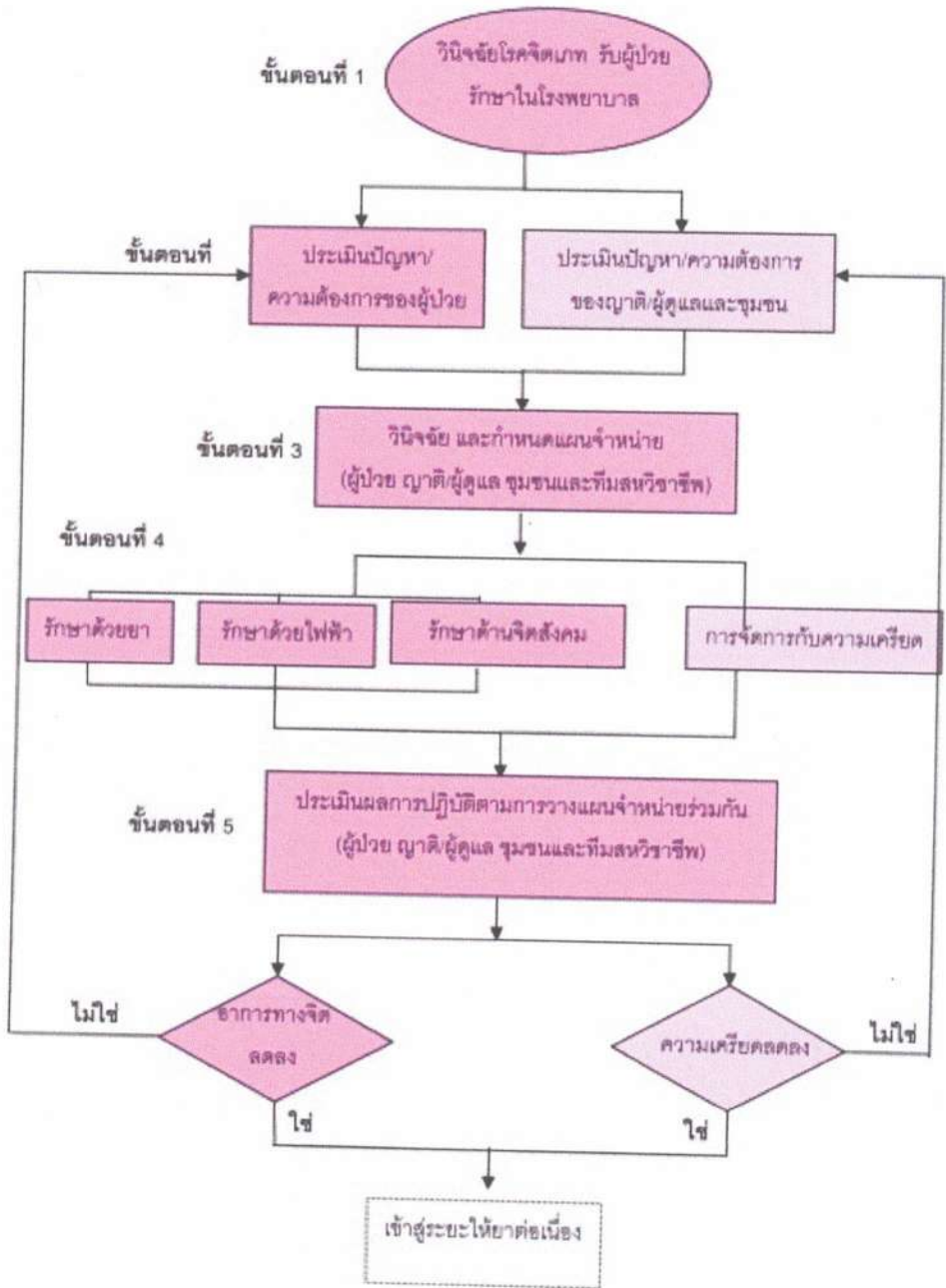
เป้าหมายการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เป้าหมายการวางแผนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท			
	ระยะควบคุมอาการ (acute phase)	ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase)	ระยะอาการคงที่ (stable phase)
เป้าหมายหลัก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยปลอดภัย อาการทางจิตลดลง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมอาการทางจิตได้</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ไม่กลับมาป่วยซ้ำ</li> </ul>
เป้าหมายเฉพาะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น</li> <li>- ควบคุมพฤติกรรมที่แปรปรวนได้</li> <li>- ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง</li> <li>- ค้นพบสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติ</li> <li>- ปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลง</li> <li>- จัดการกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียดได้</li> <li>- ผู้ป่วยกลับมาทำหน้าที่ปกติได้โดยเร็ว</li> <li>- เกิดสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้ชีวิตประจำวันได้</li> <li>- ความตึงเครียดลดลง</li> <li>- มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลตนเอง</li> <li>- ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ</li> <li>- เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นซ้ำลดลง</li> <li>- สามารถดูแลตนเองได้</li> <li>- มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น</li> <li>- ไม่กลับเป็นซ้ำ</li> <li>- สามารถจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</li> <li>- ความสามารถในการปฏิบัติงานดีขึ้น</li> </ul>

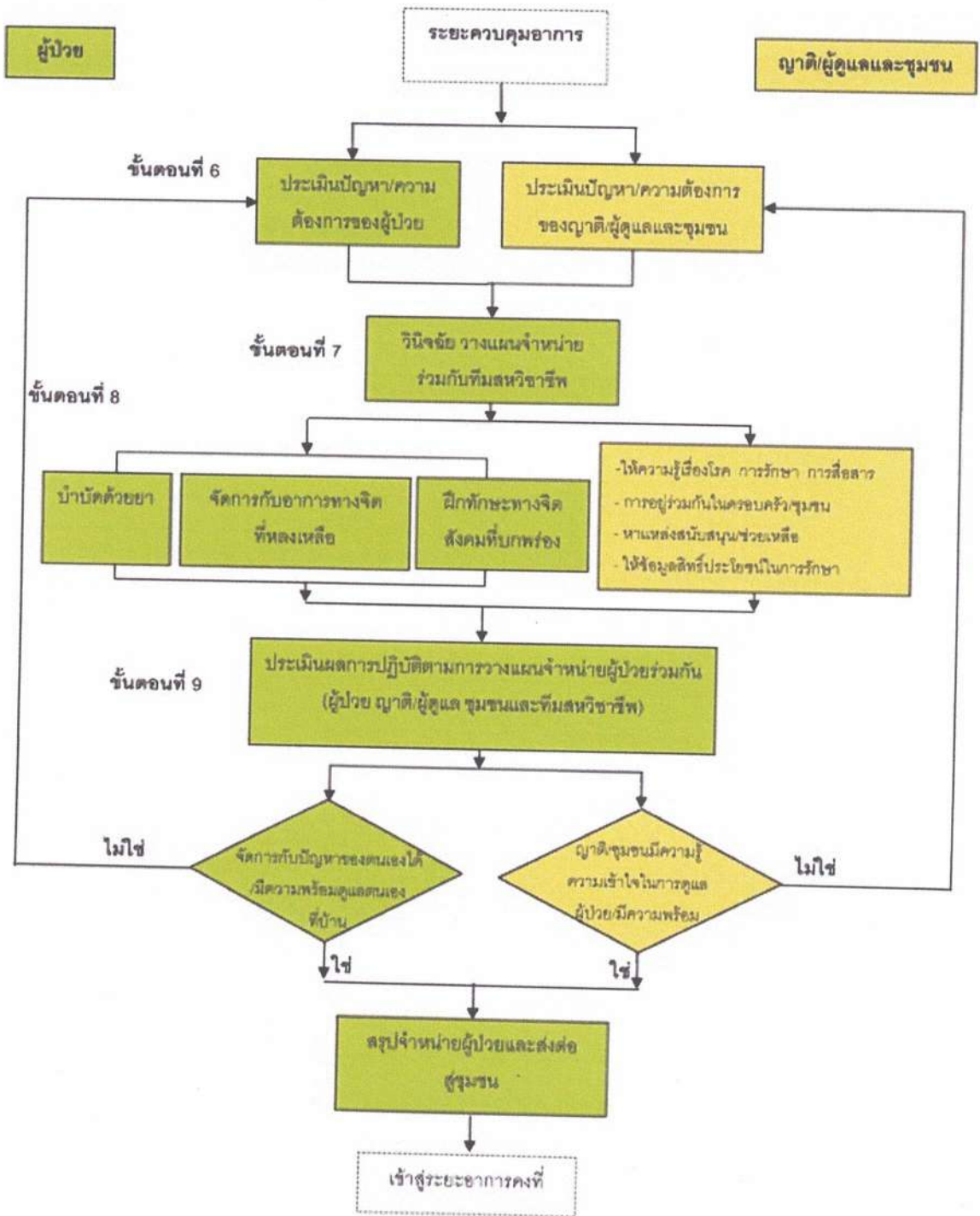
Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะ Acute phase

ผู้ป่วย

ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

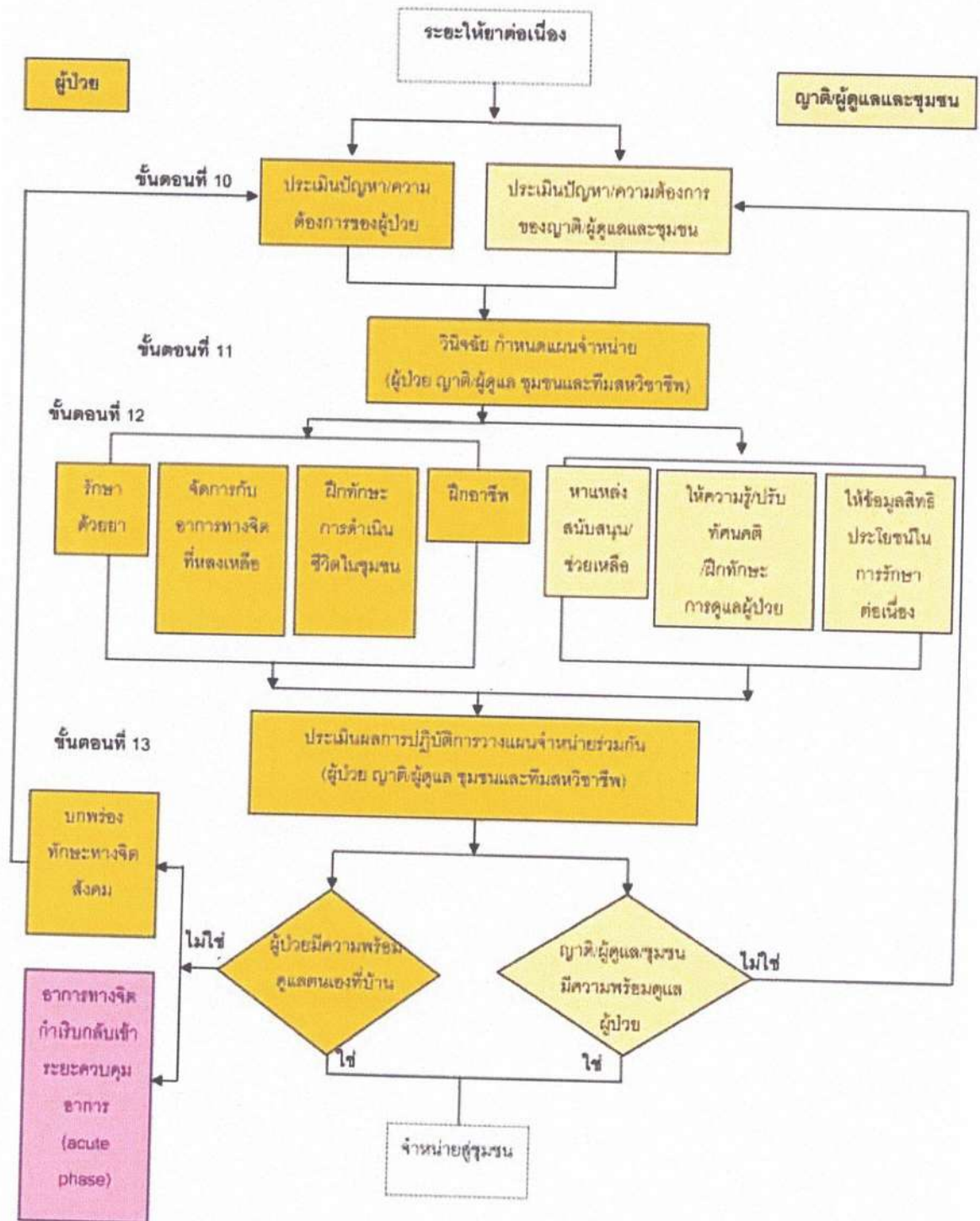


Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะ Stabilization phase

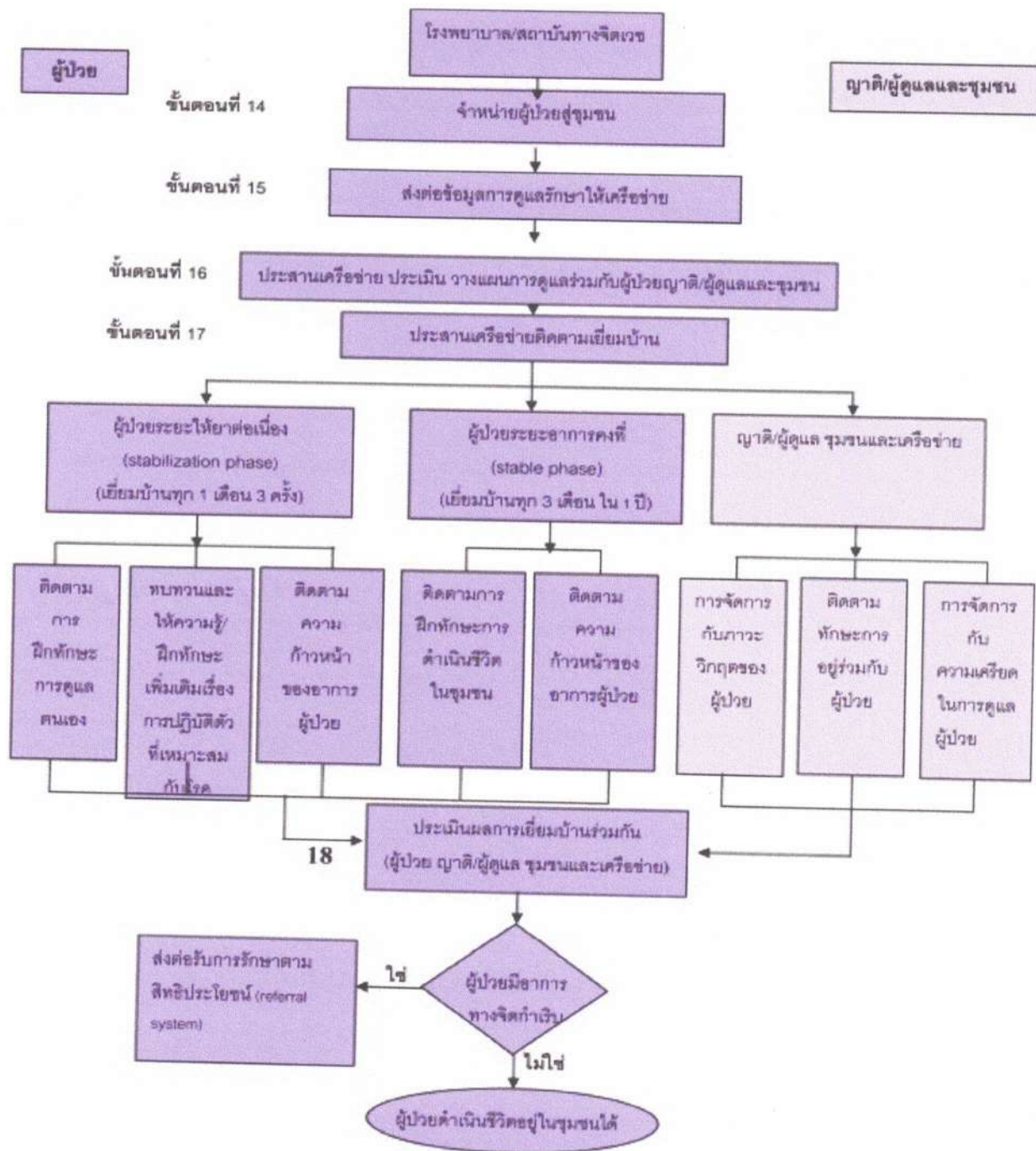




Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะ Stable phase



Flow chart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน



ผู้ป่วย

ญาติ/ผู้ดูแลและชุมชน

ขั้นตอนที่ 14

ขั้นตอนที่ 15

ขั้นตอนที่ 16

ขั้นตอนที่ 17

18

ใช่

ไม่ใช่

ภาคผนวก ข

แบบประเมินสมรรถนะ เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยภูมิจิต

คำจำกัดความ : พยาบาลวิชาชีพแสดงออกซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย  
ตลอดจนประสานการดูแลร่วมสหสาขาวิชาชีพ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

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

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

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

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภูมิจิต .....ปี.....เดือน

คำชี้แจง

๑. เพื่อ ( ) ประเมินปฐมนิเทศ (Orientation)  
( ) ประเมินประจำปี (Annual evaluation)

๒. เกณฑ์การประเมิน

- ๒.๑ ปฏิบัติได้ครบทุกข้อ คิดเป็น ๑๐๐ %  
๒.๒ คะแนน ๑๐๐ % ผ่านการประเมิน

๓. การให้คะแนน

- ๓.๑ ปฏิบัติได้ครบให้ ๑ คะแนน  
๓.๒ ไม่ปฏิบัติให้ ๐ คะแนน

๔. วิธีประเมิน

- ( ) ประเมินตนเอง ( ) ผู้ร่วมงานประเมิน  
( ) ผู้บังคับบัญชาประเมิน

ตารางการประเมินความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ใช่	ไม่ใช่	ข้อ	คำถาม
		1	อาการแยกตัวเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท
		2	การนอนไม่หลับเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ
		3	สารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุดในคนไข้จิตเภท คือ บุหรี่
		4	ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการรับรู้วันเวลาสถานที่ ผิดปกติ
		5	ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาพฤติกรรมปัญหาบกพร่องร่วมด้วย
		6	ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบ และเคยหยุดยาแล้วกลับเป็นซ้ำ สามารถหยุดยาได้หลังกินยา 5 ปี
		7	อาการไข้สูง ตัวแข็งเกร็ง ในผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยารักษาอาการทางจิตกลุ่ม typical antipsychotics ต้องสงสัยภาวะฉุกเฉิน Neuroleptic malignant syndrome
		8	อาการคอแข็งเกร็ง (acute dystonia) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในยารักษาอาการทางจิต (Antipsychotics) กลุ่ม atypical antipsychotics
		9	ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่มีอาการหลงผิด มักเป็นอาการที่ยังหลงเหลือแม้อาการหูแว่ว ภาพหลอนจะดีขึ้นแล้ว
		10	การทดสอบความเป็นจริง เช่น การบอกว่า เสียงที่คุณได้ยิน คุณพยาบาลไม่ได้ยิน ช่วยให้คนไข้แยกเสียงเหล่านั้นได้มากขึ้น

ตารางการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

รายการกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<b>I การประเมินแรกเริ่ม</b>			
๑ รวบรวมข้อมูลอาการแรกเริ่ม จากประวัติการเจ็บป่วยเบื้องต้นจาก ER/OPD/IPD			
๒ สื่อสารทีมเตรียมรับใหม่ผู้ป่วย และเตรียมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย			
๓ รับใหม่ผู้ป่วยในห้องแยก ประเมินสภาพแรกเริ่ม ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอุปกรณ์ หรือสิ่งต้องห้ามที่ผู้ป่วยอาจนำมาเป็นอาวุธทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า			
๔ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ใช้แบบประเมินต่างๆ ในการรายงานแพทย์พิจารณา Medical restrain และ Medication ดังนี้ ๔.๑ Violence : แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ๔.๒ Depress/Suicide : แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q), แบบประเมินโรคซึมเศร้า (๙Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) ๔.๓ Delirium/Withdrawal : แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (AWS) ๔.๔ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย : แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ๔.๕ การประเมินความพิการและความสามารถ : แบบประเมินความพิการทางจิตกรมสุขภาพจิต			

รายการกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
๕ ปฏิบัติตามแนวทางการผูกมัดผู้ป่วย (Physical restrain) กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว, ทำร้ายตนเอง และDelirium			
๖ ซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สารเสพติด พฤติกรรมและอาการทางจิตตามแบบประเมินแรกรับ			
๗ ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมิน SAVE, BPRS			
๘ ให้ข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลแก่ญาติ Inform consent, ตรวจสอบแบบบันทึกตาม ตจ.๑ และ ตจ.๒ กรณีไม่มีญาติ			
<b>II การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะ Acute phase ตามแนวทาง Acute Psychosis สำหรับพยาบาลวิชาชีพ</b>			
๑. ดูแลเจาะ Lab ได้แก่ CBC with plt., BUN, Cr, E'lyte, Ca, Po4, Mg, LFT, CPK, Urine amphetamine, marijuana, P CXR, EKG ๑๒ leads ตาม Standing order acute psychosis ติดตาม และรายงานผล พบค่าวิกฤติ ปฏิบัติตามแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ			
๒. ระยะนี้ต้องเน้นในเรื่องความปลอดภัย ป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว หรือความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น : ผู้ป่วยรับใหม่ในช่วง ๒๔-๗๒ ชั่วโมงแรก ประเมิน OAS ซ้ำ ทุก ๑/๒ - ๑ ชั่วโมง พบผู้ป่วยมีอาการ ได้แก่ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เกร็งเกรียด เดินไปมา ร่วมกับ คะแนน OAS $\geq$ ๑ รายงานแพทย์ ดูแลให้ Medical restrain, Physical restrain ตามแนวทางผูกมัด และแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง รมั้ดระวังผู้ป่วยหลบหนี			
๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาจิตเวชตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการและบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช Detection EPS หากพบอาการรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษาทันที			
๔. ประเมินอาการซ้ำ คะแนน OAS เท่ากับ ๐ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการสงบ Orientation ได้ดี พิจารณายุติการดูแลในห้องแยก นำผู้ป่วยนอนเตียงห้องผู้ป่วยชายหรือหญิง			
๕. สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ประเมินหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ หรือพยายามฆ่าตัวตาย			
๖. ประเมิน BPRS (day๑, day๓, day๗, ทุกวันศุกร์), ประเมิน SAVE (day๑, day๓, day๗, ทุกวันอังคาร) ไม่พบความเสี่ยง พิจารณาเข้าร่วมกลุ่มบำบัด			
๗. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมพฤติกรรมกลุ่มบำบัด ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง, การออกกำลังกาย, การทำความสะอาดเตียง และการล้างมือ สังเกตพฤติกรรมขณะเข้าร่วมกลุ่ม			
๘. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กลุ่มบำบัด เพื่อสนับสนุนการคิดเชิงบวก ลดอาการซึมเศร้า/แยกตัว และการควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม			
๙. ให้กำลังใจ และคอยเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง หรือผู้อื่น เห็นความสามารถและศักยภาพในการพึ่งตนเอง			

รายการกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<b>III การวางแผนจำหน่าย</b>			
๑. ทีมสหวิชาชีพประเมินปัญหาและค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง			
๒. ทีมสหวิชาชีพนำปัญหาและความต้องการในข้อ ๑ ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน			
๓. ทีมสหวิชาชีพนำแผนการดูแลที่ร่วมวินิจฉัย วางแผนจำหน่ายในข้อ ๒ มาปฏิบัติตามปัญหาและความต้องการในระยะ acute phase, Stabilization phase และ Stable phase			
๔. ทีมสหวิชาชีพประเมินผลการดูแลระยะ acute phase, Stabilization phase และ Stable phase กับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชน			

**สรุปผลการประเมิน**

( ) ผ่าน ( ) ควรปรับปรุง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

**แนวทางในการพัฒนา**

- ( ) ทบทวนเอกสาร ตำรา ( ) จัดโปรแกรมการฝึกอบรมภายในหน่วยงาน
- ( ) สอนชี้แนะในระหว่างการปฏิบัติ ( ) จัดพยาบาลพี่เลี้ยงให้
- ( ) ฝึกปฏิบัติโดยการสาธิตให้ดู ( ) ส่งไปอบรมนอกสถานที่
- ( ) อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

ลงชื่อผู้รับการประเมิน.....