



แนวทางการปฏิบัติกรรพยาบาล
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่น ๆ

กลุ่มกรรการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ	หน้า : 1/17
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : Nur.724/68	ประกาศใช้ครั้งแรก : วันที่ 6 กรกฎาคม ๒๕๖๘
ทบพาน/ปรับปปรุงครั้งตั้งที่ 1 วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประเด็นเพิ่ม <input type="checkbox"/> มีเพิ่ม
ทบพาน/ปรับปปรุงครั้งตั้งที่ 2 วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประเด็นเพิ่ม <input type="checkbox"/> มีเพิ่ม
ทบพาน/ปรับปปรุงครั้งตั้งที่ 3 วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประเด็นเพิ่ม <input type="checkbox"/> มีเพิ่ม
ทบพาน/ปรับปปรุงครั้งตั้งที่ 4 วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประเด็นเพิ่ม <input type="checkbox"/> มีเพิ่ม
แผนก/หน่วยงาางที่จัดททา : ทอผู้ป่วยกมลรักรัษั กลุ่มงาางกรรการพยาบาลจิตตเวท	แผนกที่ถึยวข้อง : ทอผู้ป่วยกมลรักรัษั และทอผู้ป่วยที่ถึรับตุแลผู้ป่วยโรคจิตตเวท และกลุ่มอาการโรคจิตอื่น ๆ
ผู้จัดททา : นายคณินณัฐ ปสิณใจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรร นายวุฒิชัย พละพรม พยาบาลวิชาชีพ นางสาวตติตา ทวีพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรร หัวหน้าทอผู้ป่วยกมลรักรัษั และคณกรรกรรการพฒนาคุณภาพกรรการพยาบาล ทอผู้ป่วยกมลรักรัษั	ผู้เห็นชอบ : (นางสมถตุ ปญุหลอ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรรพิตตเวท รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชากรร
ผู้เห็นชอบ : (นางสาววิเลลักรัษณั ลักรัษุพร) พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรรพิตตเวท หัวหน้ากลุ่มงาางกรรการพยาบาลจิตตเวท	ผู้เห็นชอบ : (นางสมถตุ ปญุหลอ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรรพิตตเวท รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชากรร
ผู้เห็นชอบ : (นางสาวปิยมาศ จักรัสรณสาร) พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรรพิตตเวท หัวหน้าพยาบาล	ผู้อนุมัติ : (นางสาวปิยมาศ จักรัสรณสาร) พยาบาลวิชาชีพชำนาญกรรพิตตเวท หัวหน้าพยาบาล

1. วัตถุประสงค์ (Purpose)

- 1.1 เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่นๆ ได้รับการปฏิบัติตามพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน และปลอดภัย
- 1.2 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติตามพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน

2. ขอบข่าย (Scope)

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่นๆ ฉบับนี้ จะครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทั้งในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะจำหน่าย มีการปฏิบัติตามพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

3. ความรับผิดชอบ (Responsibility)

พยาบาลวิชาชีพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่นๆ ผู้ระเวงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ระเวงการเกิดอันตราย และบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องและครอบคลุมตามมาตรฐาน

ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานแปล สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ผู้ระเวงพฤติกรรมก้าวร้าว ดูแลสิ่งแวดล้อมทั่วไป และงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

4. ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล (Nursing Out Come)

ประเด็นคุณภาพมาตรฐาน	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย
การประเมินปัญหาและความต้องการ	1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการถูกต้อง ครบถ้วน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายร้อยละ 100 2. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสอดคล้องกับภาวะสุขภาพร้อยละ 100 3. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน จิตการดูแล เมื่อพบอาการสัญญาณเตือน (Early warning signs) ตามที่กำหนดร้อยละ 100
ความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้	4. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยลัดตก หกล้ม = 0 ครั้ง 5. อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2 ขึ้นไป = 0 6. Drug Administration Error = 0 7. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ = 0 ครั้ง 8. จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว ระดับ E ขึ้นไป = 0 ครั้ง
การบรรเทาความทุกข์ทรมานและอาการรบกวน	9. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการ หรือบรรเทาอาการรบกวนดีขึ้น เช่น อาการปวด อาการทางจิตหูแว่ว/ภาพหลอน ภาวะเครียด อาการวิตกกังวล ระยะเวลาสั้น มากกว่าร้อยละ 80
ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ	10. อัตราผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 90
ภาวะสุขภาพ	11. อัตราผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีทักษะในการปฏิบัติตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ร้อยละ 90

ประเด็นคุณภาพตามมาตรฐาน	ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย
การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	12. อัตราผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ได้รับการสอนความรู้ หรือทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพร้อยละ 100 13. อัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (ในโรคเดิม) = 0
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	14. อัตราผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่น ๆ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลในระดับดีขึ้นไป หรือ ร้อยละคะแนนความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่าร้อยละ 90
ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล	15. ร้อยละบุคลากรพยาบาล ที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิตอื่น ๆ ที่กำหนดครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 90

5. สรุปความรู้เรื่องโรค

โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)

Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders กลุ่มโรคจิตซึ่งประกอบด้วยโรคจิตหลาย ๆ โรค อาการสำคัญของโรคในกลุ่มนี้ คือ อาการโรคจิต (psychotic symptoms) ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. การหลงผิด (delusions) คือ ความเชื่อผิดๆ ที่ติดแน่น (strongly held false beliefs) ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมของบุคคลหนึ่ง เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย, การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่มีความสามารถพิเศษ, การหลงผิดแบบแปลกประหลาด เป็นต้น ความเชื่อผิดๆ ดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ทั่วไปในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

2. ประสาทหลอน (hallucinations) คือ ประสบการณ์การรับสัมผัส (sensory experiences) ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้า เฉพาะอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนเท่านั้นที่สำคัญต่อการวินิจฉัย เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยตนเองไม่เห็นตัว, เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น

3. ความคิด (หรือการพูด) ที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized thinking or speech) หรือการสูญเสียความสัมพันธ์ (loosening of association) คือ ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการ (organizing) ความคิดหรือการเชื่อมโยง (connecting) ความคิดตามความเป็นจริง เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งที่ไม่สัมพันธ์กัน เป็นต้น แม้ว่าจะมีความผิดปกติของ (รูปแบบ) ความคิด แต่จะพบความคิดในลักษณะนี้ได้จากการพูดเท่านั้น

4. พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนหรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ (grossly disorganized or abnormal motor behavior) คือ พฤติกรรมเหมือนเด็ก (เช่น การไม่ใส่เสื้อผ้าหรือการเล่นออกจากระเบียบสภาวะ) หรือภาวะหุนหันพลันแล่น (move) และไม่ตอบสนอง (respond) ต่อผู้อื่น เช่น พฤติกรรมคาตาโทเนีย (catatonic behavior)

5. อากา (โรคจิต) ชนิดลบ (negative symptoms) พฤติกรรมบางอย่างที่ลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไป เช่น อารมณ์ที่เฉยเมย (diminished emotional expression), การไม่ใส่ใจที่จะทำกิจกรรมแบบมีเป้าหมาย (Avolition) ตัวอย่างของพฤติกรรมคาตาโทเนีย คือ stereotypes (ท่าทางการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่ไม่สื่อความหมาย) และ mannerism (ท่าทางการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ที่สื่อความหมาย)

การจำแนกโรคในกลุ่ม Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (และลักษณะสำคัญ) ตามระบบ DSM-5

โรค	ลักษณะสำคัญ
1. Schizophrenia	มีอาการโรคจิต ≥ 6 เดือน
2. Brief psychotic disorder	มีอาการโรคจิต ≥ 1 วัน แต่น้อยกว่า 1 เดือน
3. Schizophreniform disorder	มีอาการโรคจิต ≥ 1 เดือน แต่น้อยกว่า 6 เดือน
4. Schizoaffective disorder	มีอาการโรคจิตและอาการทางอารมณ์เกิดขึ้นพร้อมกันเป็นส่วนใหญ่ของเวลาที่ป่วย
5. Delusional disorder	มีอาการหลงผิด ≥ 1 อาการ ≥ 1 เดือน
6. Substance/medication-induced psychotic disorder	มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนซึ่งเกิดจากการใช้สารหรือยา
7. Psychotic disorder due to another medical condition	มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนซึ่งเกิดจากโรคทางกาย
8. Catatonia associated with another mental disorder	มี catatonia ≥ 3 อาการเป็นอาการเด่น ซึ่งเกิดจากโรคทางจิตเวชอื่น
9. Catatonia associated with another medical condition	มี catatonia ≥ 3 อาการเป็นอาการเด่น ซึ่งเกิดจากภาวะทางการแพทย์อื่น
10. Unspecified catatonia	มี catatonia เป็นอาการเด่นแต่ (ยัง) ไม่ทราบสาเหตุ
11. Other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	เช่น persistent auditory hallucinations, attenuated psychosis syndrome (the symptoms are less severe and more transient, and insight is relatively maintained)
12. Unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	มี psychotic symptoms ชัดเจน (ยัง) ไม่เข้ากับโรคใดๆ ที่กล่าวมาแล้ว (รวมถึงกรณีที่ข้อมูลยังไม่มากพอที่จะให้การวินิจฉัยที่แน่นอน)
13. (Schizotypal personality disorder)	มีความเชื่อ, ประสาทสัมผัส, อารมณ์ หรือพฤติกรรมแบบแปลกๆ ก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมหรือสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (จัดอยู่ใน personality disorders)

ในกลุ่มอาการโรคจิตทั้งหมด schizophrenia เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากพบได้บ่อย (ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด), มีการเริ่มป่วยตั้งแต่อายุยังน้อย (วัยรุ่นตอนปลายถึงผู้ใหญ่ตอนต้น) และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ ซึ่งอาการของผู้ป่วย schizophrenia สามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการชนิดบวก (positive symptoms) ได้แก่ ประสาทหลอน, การหลงผิด (delusions) และการผิดปกติของความคิด (thought disorder เช่น loosening of associations) และกลุ่มอาการชนิดลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์ท้อ (affect flattening), การพูดน้อย (poverty of speech) และการสูญเสียแรงขับ (loss of drive)

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 ประเมินอาการทางจิต
1.2 ซ่อมแซมที่เสียหายของผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือการส่งต่อ คือ ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่น ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการทำลายทรัพย์สิน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมีSeverely disorganized behavior มีโรคทางกายหรือทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัยหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก อาการโรคจิตขึ้นแบบเฉียบพลัน และเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.3 การเลือกใช้ยารักษาโรคจิตยาที่ใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป คือยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotic drug) การส่งจ่ายยาค่าคำนึงถึงการยอมรับการใช้ยาของผู้ป่วย ประวัติการตอบสนองต่อการรักษาในอดีต ลักษณะผลข้างเคียงของยาและแผนการรักษาในระยะยาว

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

1.4 การปรับเปลี่ยนโรคจิตครั้งแรกผู้ป่วยควรได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เช่น Haloperidol ขนาด 5 – 20 มิลลิกรัมต่อวัน หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงของยามาก ควรขนาดยาไว้อย่างน้อย 3 สัปดาห์ก่อนที่จะประเมินประสิทธิภาพของยาอีกครั้ง

เมื่อปรับยาให้ขนาดที่เหมาะสมเป็นเวลา 4 – 6 สัปดาห์แล้วอาการผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมขนาดอื่นที่มีโครงสร้างต่างจากยาขนาดแรก

กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมอย่างน้อยสองขนาน หรือ เกิดผลข้างเคียงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ให้พิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone, Clozapine

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

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

2. การบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

การบำบัดทางสังคมจิตใจเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยานั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยการบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ ดังนั้นควรเลือกรูปวิธีที่เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

6. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะรุนแรง (Acute Phase)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอก “ได้ยินเสียงคนพูดทำร้าย/มีคนจะมาฆ่า...” 2. ผู้ป่วยบอกว่า “ฆ่าเป็นถึงพระราชฯ...” 3. ทำทางหวาดระแวง หลงผิดหลงคิด กระสับกระส่าย แยกตัว ไม่ให้ความร่วมมือ 4. ประวัติพฤติกรรมรุนแรง ต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน 5. คะแนนประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง OAS = ... 6. MSE พบ Irritable mood, Auditory hallucinations, Delusion of Grandiose/ Paranoid/persecutory, Poor co – operative. 	<p>เสี่ยงต่อการเกิด/มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการรับรู้แปรปรวน - มีอาการทางจิตกำเริบ (หูแว่ว/ภาพหลอน/ระแวง/หลงผิด) <p>- การจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ระยะสั้น: ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นขณะอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>ระยะยาว: ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาภายใน 2 สัปดาห์</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและผู้อื่น 2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ สีหน้า หงุดหงิดลดลง 3. ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการรบกวน เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน สามารถพักได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้การสื่อสารและการสนทนาเพื่อการบำบัด 2. ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินสภาพจิต (MSE) และสังเกตพฤติกรรม (Early warning sign) ที่ผิดปกติ เช่น หงุดหงิด พูดเสียงดัง ตาขวาง และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือทรัพย์สิน 3. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย ไม่มีอุปกรณ์ที่จะนำมาเป็นอาวุธ และไม่สัมผัสที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และผู้อื่น 5. พุดคุยและให้ข้อมูลการรับรู้ที่เป็นจริง 6. พุดคุยให้ผู้ป่วยสงบ (Verbal Calm down) แนะนำแผนการรักษา ให้ข้อมูลการรับรู้ที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ 7. กรณีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงมากขึ้น พิจารณาตามทีมเจ้าหน้าที่รพ. ช่วยจำกัดพฤติกรรม/ผูกมัด (Physical Restraints) 8. ดูแลให้ยาต้านอาการทางจิต Haloperidol 5 mg IM /ยาคอลายกิงวอล Diazepam 10 mg IV PRN ตามแผนการรักษา เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว/อาการทางจิต และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน 2. ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เป็นจริง/การรับรู้ที่ผิดปกติ ยังมีหูแว่ว/ภาพหลอน และหวาดระแวง ยังหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นพระราชฯ <ol style="list-style-type: none"> 3. OAS = 0 คะแนน 4. สัญญาณชีพปกติ <p>T = 36 - 37.4 C</p> <p>R = 14 - 18 ครั้ง/นาที</p> <p>P = 60 - 90 ครั้ง/นาที</p> <p>BP = 90 - 130 / 60 - 80 mmHg</p>

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการแพทย์	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอก “ได้ยินเสียงคนพูดทำร้าย/มีคนจะมาฆ่า...” 2. ผู้ป่วยบอกว่า “มันจะมาฆ่าผมแล้ว ช่วยผมด้วย...” 3. มีพฤติกรรมการพยายามทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย 4. ประวัติพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง 5. OAS = ... 6. MSE พบ Depressed Dysphoric mood, Auditory hallucinations, Delusion of Paranoid, Poor co – operative. 7. Suicidal idea++/ Homicidal idea ++ 	<p>เสี่ยงต่อการเกิด/มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย เนื่องจาก... - มีการรับรู้แปรปรวน - อากาทางจิตกำเริบ (หูแว่ว/หวาดระแวง กลัว/หลงผิด) - การจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม</p>	<p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ขณะอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย และไม่มีความคิดอยากตาย 2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ ไม่มีสีหน้าเศร้า หดหู่ แยกตัว 3. ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการรบกวน เช่น อากาทางแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง</p>	<p>9. ประเมินสัญญาณชีพหลังให้ยาฉีด 15 และ 30 นาที พร้อมประเมินอาการผิดปกติหลังให้ยา หากผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>10. ประเมิน OAS ซ้ำหลังให้ยาฉีด 30 นาที หากอาการไม่สงบ สั่งงดออกอากาศต่ออีก 30 นาทีถัดไป และกรณีผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น ให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวรพิจารณาการรักษาต่อไป</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล เป็นมิตร และอบอุ่นแสดงการยอมรับผู้ป่วย รับฟังอย่างตั้งใจ</p> <p>2. คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภททุกราย โดยใช้ 2Q หากพบความเสี่ยงให้ใช้แบบประเมิน 9Q และตามด้วยแบบประเมิน 8Q</p> <p>3. ประเมินอาการทางจิต (BPRS) สั่งงดสติปัญญาเตือนที่ผิดปกติ และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง</p> <p>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม บริเวณที่พยาบาลสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด ไม่เป็นมุมอับ และไม่มีอุปกรณ์ที่จะนำมาเป็นอาวุธที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย</p> <p>5. ใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา หากข้อคิด/ข้อเสียจากการฆ่าตัวตายใส่ใจรับฟังเรื่องราว กระตุ้นให้หาแนวทางการแก้ไขปัญหา</p> <p>6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กลุ่มบำบัด เพื่อสนับสนุนการคิดเชิงบวก ลดอาการซึมเศร้า/แยกตัว</p>	<p>1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ปฏิเสธความคิดอยากตาย 2Q Negative 9Q/8Q ไม่พบความเสียงภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มฆ่าตัวตาย</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ ไม่มีสีหน้าเศร้า เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้</p> <p>3. ผู้ป่วยมีสิทธิอาการหูแว่ว ภาพหลอน สามารถพักผ่อนได้</p> <p>4. ผู้ป่วยใจกว้างใจเจ้าหน้าที่และให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล</p>

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยพูดว่าจะหนี 2. ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย 3. ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา 4. บอกมีอาการต้องทำที่บ้าน 5. คะแนนความเสียหายหลบหนีเท่ากับ คะแนน 6. มีประวัติเคยหลบหนีจากโรงพยาบาล 7. มีพฤติกรรมว่าจะหลบหนีออกจากโรงพยาบาล 8. MSE พบ Poor Insight 	<p>เสี่ยงต่อการเกิด/มีพฤติกรรมหลบหนี เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย</p>	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลบหนี</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี/หลบหนีสำเร็จ 2. ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และรักษาสภาพโรค 	<p>7. กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ไม่ร่วมมือ พิจารณาจำกัดพฤติกรรม/ผูกยึด Physical Restraints /Limit setting</p> <p>8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ในรายที่มีความเสี่ยงรุนแรงมาก แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้าต่อไป</p> <p>1. สร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดกับผู้ป่วย โดยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ลดแรงจูงใจในการหลบหนี</p> <p>2. ประเมินผู้ป่วยด้วย SAVE Precaution เพื่อประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนี สังเกตพฤติกรรม เช่น กระวนกระวาย เดินไปมา หาช่องทางหลบหนี และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการหลบหนี (Escape)</p> <p>3. ดูแลจัดสถานที่ปลอดภัย มิดชิด และป้องกันมิให้ผู้ป่วยหลบหนี สังเกตผ่านกล้องวงจรปิดในห้องผู้ป่วย บริเวณหน้าห้องน้ำ ระเบียบง้วนหน้าและระเบียบง้วนหลัง เพื่อติดตามดูการเคลื่อนไหว กิจกรรมผู้ป่วย และป้องกันความเสียหายหลบหนี</p> <p>4. มอบหมายเจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงที่พยาบาลรับ - ส่งเวร เฝ้าระวังระทานอาหาร และรับประทานยา</p> <p>5. รับเวร - ส่งเวร ให้เจ้าหน้าที่ที่ทราบชื่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการหลบหนี เพื่อร่วมกันดูแล และป้องกันการหลบหนี</p>	<p>1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี/หลบหนีสำเร็จ</p> <p>2. อัตราการหลบหนีสำเร็จ = 0</p> <p>3. ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาพยาบาล และพยายามรักษา</p> <p>4. เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการดูแลและป้องกันผู้ป่วยพยายามหลบหนี/หลบหนีสำเร็จ ร้อยละ 90 ขึ้นไป</p>

ปัญหาและคำขอต้องการ	การวินิจฉัย ทางกายภาพ/จิตเวช	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะมารับ (ต่อ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติมีสติหน้าวิตกกังวล ไม่สดชื่น 2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับแผนการรักษา 3. ญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 	<p>ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับแผนการรักษา/การเจ็บป่วย</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติมีสติหน้าคลายกังวล สีสหน้าสดชื่นขึ้น 2. ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษาพยาบาล และพยากรณ์โรค 	<p>การเกิดเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา 2. ประเมินระดับความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความสัมพันธ์กับแผนการรักษาพยาบาล 3. พุดคุยประเด็นของความวิตกกังวล รับฟังความคิดเห็นหรือความกังวลของผู้ป่วยและญาติอย่างจริงจัง 4. ให้ข้อมูลทางจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย (Psycho Education) เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและแผนการรักษา และให้การปรึกษาครอบครัวถึงปัญหาความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะเข้ารับ (Family Counseling) พร้อมให้ญาติผู้ป่วย เช่น ยินยอมรับการรักษานในโรงพยาบาล การยินยอมจำกัดพฤติกรรมโดยการสูบบุหรี่ และ/หรือการยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้า ECT 5. ส่งเสริมการคลายความวิตกกังวล โดยแนะนำเทคนิคการคลายเครียด/กังวล เช่น การนับลมหายใจ การนวดคลายเครียด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติมีสติหน้าสดชื่นขึ้น 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจรับทราบการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา 3. ญาติผู้ป่วยได้เข้าใจ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกรปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3. ญาติผู้ป่วยได้เช่นยินยอมรับการรักษานในโรงพยาบาล

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะดูแลต่อเนื่อง Rehabilitation</p> <p>1. ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินข้าว อาบน้ำ ความสะอาด</p> <p>2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวไม่พูดคุยกับใคร</p> <p>3. ผู้ป่วยมีสีหน้าดีเครียด ไม่ค่อยสบายใจ</p>	<p>บกพร่องในด้านอาการดูแลตนเอง/ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น/ด้านการติดต่อสื่อสาร/ด้านการจัดการอารมณ์และ</p> <p>ความเครียด</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง/ดูแลกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสาร และการจัดการอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสม</p>	<p>6. เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกกระหายอารมณ์ ความซับซ้อนใจ</p> <p>7. เบ็ดเตล็ดที่ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัย</p> <p>8. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการตัดสินใจต่อแผนการรักษาตามความเหมาะสม</p> <p>1. ประเมินความพร้อมในการเข้ากลุ่มบำบัดโดยประเมินสภาพจิตด้วยแบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน</p> <p>2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Communication) การบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Interventions) ทั้งรายเดี่ยว/รายกลุ่ม</p> <p>3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตบำบัด</p> <p>ระดับประสงค์ของ/กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Supportive Group Psychotherapy/ Psychoeducation Group) เพื่อส่งเสริมทักษะการเข้าสังคม และการสื่อสารของผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>3.1 กลุ่มเสริมการเรียนรู้การเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัว</p> <p>3.2 กลุ่มเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด</p> <p>3.3 กลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน</p>	<p>1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง/ดูแลกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดได้ มีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุยสื่อสารกับเพื่อนร่วมห้องมากขึ้น</p> <p>3. ประเมินสภาพจิต BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน</p>

ปัญหาและคำถามต้องการ	การวินิจฉัย ทางการแพทย์พยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่า “มีปากแห้ง ว่างแอะ มึนงง เติมน้ำ มี น้ำนมไหล ตัวแข็ง ลึนแข็ง หนาวมีเดือเอเกล็ดขนเทา ..”</p> <p>2. พบประวัติอาการแพ้ยา / อาการไม่พึงประสงค์จากยา ทางจิตเวชในครั้งก่อน</p> <p>3. แพทย์มีแผนการรักษาโดย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทาง จิตเวช คือ Risperidone, CPZ, Depakine, Diazepam, ...</p>	<p>เสี่ยงต่อการเกิด/มีอาการ ไม่พึงประสงค์จากการ รับประทานยาทางจิตเวช</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด อันตรายและไม่มี อาการไม่พึงประสงค์ จากการรับประทานยาทาง จิตเวชในครั้งก่อน</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่เกิด อันตรายหรือ การระคายเคืองรุนแรง จากยาทางจิตเวช เช่น ภาวะ Severe EPS, ภาวะ NMS</p>	<p>4. กระตุ้นการดูแลกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม หรือ ช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ การรับประทานอาหาร เป็นต้น</p> <p>5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย โดยใช้เทคนิคการคลายเครียด/กวีล เช่น การ นวดนวดเบาใจ การตั้งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ</p> <p>6. ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ด้วย การออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ เป็นต้น</p> <p>7. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วม ในกิจกรรม หรือตอบคำถามได้</p> <p>1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ว่าง ซึม เติมน้ำ มึนงง น้ำลายไหลแอะ เป็นต้น</p> <p>2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณของ อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากยาจิตเวช ได้แก่</p> <p>2.1 การแสดงออกของแขนขา มีลักษณะมือสั่น แขนงอหรือแขนขา เติมน้ำขยเทา การเคลื่อนไหวช้า</p> <p>2.2 การแสดงออกของการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทุกส่วนของร่างกาย ในลักษณะการกระสับกระส่าย ผุดผูดผ่น้ำ เติมน้ำขยเทา</p> <p>2.3 การแสดงออกของสีหน้า มีอาการ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กระตุกที่ใบหน้า คอบิดเบี้ยว หน้า แขนง ตาเหลือกขึ้นขยับ มีอาการกลืนลำบาก</p> <p>2.4 มีอาการกล้ามเนื้อแข็งแอะอ่อนแรง การ เคลื่อนไหวช้า ท่าทางแข็งทื่อ</p>	<p>1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ จากอาการข้างเคียงของ ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา</p> <p>2. ผู้ป่วยมีอาการ ข้างเคียงที่รุนแรงประสงค์ จากการรักษาทาง จิตเวชที่รุนแรง</p> <p>ได้แก่ มีอาการง่วงนอน มากในเวลากลางวัน เมื่อ รับประทานยาผู้ป่วย เข้าใจ ไม่ดีถึงวลกับ อาการที่เกิดขึ้น</p> <p>3. ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการปกติ</p>

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
4. การตรวจร่างกาย (PE) พบ Cogwheel rigidity, tremors, Abnormal movement, ... 5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าผิดปกติ เช่น WBC < 3500 (Agranulocytosis จากได้รับยา Clozapine), CK high (EPS), ...	การวินิจฉัยทางการพยาบาล	2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้ง และคอแห้งมากขึ้น	3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น หรืออัมพาตและแนะนำวิธีการจัดการกับอาการ 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยใช้แบบประเมินติดตามและประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับยาก่อนและหลังประเมินระดับของผู้ป่วยที่รุนแรง และพิจารณาการรายงานแพทย์ทราบเพื่อแจ้งการรักษาต่อไป 5. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เช่น ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมา เป็นนั่งหรือยืน 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากผลการตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา	ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง การทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมมือในการรับประทานยาได้ บอกว่าเมื่อตนเองกลับบ้านจะกินยาให้สม่ำเสมอทุกวัน ไม่หยุดยาเอง
ระยะจำหน่าย Maintenance 1. มีประวัติการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง 2. มีประวัติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้ง จากอาการกำเริบ ไม่รับประทานยา	มีโอกาสถกกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจาก.... - ปฏิเสธการเจ็บป่วย - ขาดความตระหนักรู้ในการรับประทานยา	วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงท่าทีที่เป็นมิตร และให้ข้อมูลอย่างชัดเจน 2. ประเมินการรับรู้ประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยในครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค ประวัติการรักษา และการรับประทานยา 3. สนทนาเพื่อการบำบัด ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการทางจิตของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเน้นในเรื่องการรับประทานยา ดังนี้ 3.1 การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง 3.2 ไม่ขาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง	ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง การทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมมือในการรับประทานยาได้ บอกว่าเมื่อตนเองกลับบ้านจะกินยาให้สม่ำเสมอทุกวัน ไม่หยุดยาเอง

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะจำหน่าย (ต่อ) Discharge Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์อนุญาตจำหน่ายกลับบ้านได้ 2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเกี่ยวกับ การรับประทานยา การมาตามนัด และการส่งเกตอาการผิดปกติ 3.ญาติมีสติหากกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 	<p>ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย 2.ญาติคลายความกังวล มีความมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วย 	<p>3.3 หากเกิดอาการผิดปกติ หรือสังเกตอาการผลข้างเคียงของยา ถ้ามีอาการให้มาพบแพทย์ก่อนนัด</p> <p>4. แนะนำการปฏิบัติตัวให้ญาติทราบ เกี่ยวกับ การช่วยเหลือ ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>4.1 ช่วยเหลือผู้ป่วยให้จัดยาเป็นรายวัน เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานได้สะดวก</p> <p>4.2 ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง เพื่อป้องกันการคายยาทิ้ง</p> <p>5. ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย (Insight) ซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง</p> <p>ให้กิจกรรมการพยาบาลตามแบบบันทึกก่อนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทครอบครัวคนตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะก่อนจำหน่าย และระยะจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบ D - METHOD ดังนี้</p> <p>1. D – Diagnosis: ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางจิตที่ทางบกและทางลบ แผนการรักษาต่อเนื่องและให้แผนพบจิตแพทย์ พร้อมทั้งให้การปรึกษาครอบครัวอีกครั้งก่อนกลับบ้าน (Family Counseling)</p> <p>2. M – Medication: อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และแนะนำอาการข้างเคียงของยา/</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ญาติ/ผู้ดูแล และผู้ป่วยเข้าใจ/รับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกรปฏิบัติตัว 5/7 ข้อ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติร้อยละ 90 ขึ้นไป

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางพยาธิวิทยา	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
		<p>ต่อเนื่องที่บ้านได้ ผู้ป่วยต่อที่บ้าน</p>	<p>อาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - S/E: ปากแห้งคอแห้ง อ่อนเพลีย ง่วงพะอ๊ะ โดยเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ - ADRs: ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง กล้ามเนื้อเกร็ง คอบิด หากพบอาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ <p>3. E – Environment: การจัดสิ่งแวดล้อมการทำงาน ความสะอาดของบริเวณบ้าน จัดบ้านให้เป็นระเบียบ เก็บอุปกรณ์ของมีคมให้มิดชิด คนในครอบครัวไม่ควรนำเครื่องตุ้มสุราของมีมมาวางตีบนภายในบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันการกระตุ้มให้ผู้ป่วยอยยาคตุ้ม</p> <p>4. T – Treatment: รับประทานยาตามการรักษา โดย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถรักษาด้วยยาได้ ต้องรับประทานยาต่อเนื่องไม่หยุดหรือปรับยาเอง การป้องกันการกลืนเป็นซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับ ยาที่ต้องรับประทานที่บ้าน</p> <p>5. H – Health Teaching: แนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตเภท</p> <p>6. O – Outpatient Referral: แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง บอกสถานที่นัด วัน เวลา แพทย์ผู้นัด พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการติดตามต่อเนื่องในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลจิตเวช เครือข่ายในชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง 	

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการแพทย์พยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ /พลัดตกเตียง/ทกล้ม/ อันตรายจากการสูบบุหรี่ จำกัดพฤติกรรม	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการ คุ้มครองภาวะสุขภาพ ขณะรับการรักษาใน โรงพยาบาล	<p>- ลงข้อปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง Thai COC</p> <p>7. D - Diet: แนะนำการรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ งดการเข้าถึงแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด เพราะทำให้การ รักษาไม่ได้ผล และมีโอกาสเกิดอาการทางจิตกำเริบได้</p> <p>1. ดูแลป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ เช่น ระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องก่อนให้การ พยาบาลหรือให้ยา และดูแลควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>2. ประเมินความเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง การพลัดตก จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น เก็บของ ใช้ให้หยิบจับง่าย เปิดไฟสว่างเพียงพอในเวลากลางคืน ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตร ประจำวันตามความสามารถ</p> <p>3. การป้องกันอันตรายจากการสูบบุหรี่ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้การผูกมัดเมื่อจำเป็นจริงตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และได้รับความยินยอมจากญาติ - สังเกตอาการบาดเจ็บจากการสูบบุหรี่ เช่น Tissue injury, Cyanosis, Hypoxia ทุก 1 ชั่วโมง - พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกัน แผลกดทับ - ประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณปลายมือ-เท้า และคลายผ้าผูกทุก 1-2 ชั่วโมง ครึ่งละ 10-15 นาที - ประเมินพฤติกรรมหรืออาการทางจิตของผู้ป่วย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อพิจารณาการยุติการสูบบุหรี่ 	ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกทกล้ม/ตกเตียง/ การบาดเจ็บจากการสูบบุหรี่ ยี่ด ฯลฯ

ปัญหาและความต้องการ	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ เนื่องจากการรักษาไม่แปรปรวน	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล	การให้ข้อมูล/ บอกกล่าวข้อมูลที่เป็นแก่ผู้ป่วย และญาติ เช่น แผนการรักษา แผนการพยาบาล การจำกัดพฤติกรรม การผูกมัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ 2. การรักษาความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้ป่วย ติดตามสิทธิการรักษาที่ผู้ช่วยควรได้รับตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย 3. ก่อนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบก่อนทุกครั้ง 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วน	ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด ครบถ้วนตามคำประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

7. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

- 7.1 กาญจนนา จันทระไทย, ธีรพร สติระอังกูร, ประหยัด ประภาพรหม และ ราณี พรมงานะจิรังกุล. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.
เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- 7.2 มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รายวิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 7.3 ยาใจ สิทธิมงคล. (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ต.
- 7.4 เสาวลักษณ์ สุวรรณเมตรี, อนันต์เชษฐา ศาโรตริก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุติกรณีย์ เสียงลัก และ วิรุ เมษวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับ
โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

8. เอกสารแนบท้าย (Appendix)

- 8.1 เอกสารแนบท้าย 1 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ
- 8.2 เอกสารแนบท้าย 2 แผนผัง (Flowchart) การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท หอผู้ป่วยกมลรักษ์
- 8.3 เอกสารแนบท้าย 3 แบบประเมินพฤติกรรมการก้าวร้าวรุนแรง (OAS Score)
- 8.4 เอกสารแนบท้าย 4 แบบคัดกรอง ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 20/9Q/8Q
- 8.5 เอกสารแนบท้าย 5 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Prsychiatric Rating Scale: BPRS)
- 8.6 เอกสารแนบท้าย 6 แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)
- 8.7 เอกสารแนบท้าย 7 แบบประเมินติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง (ADRS)
- 8.8 เอกสารแนบท้าย 8 แบบบันทึกก่อนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในหอผู้ป่วยกมลรักษ์
- 8.9 เอกสารแนบท้าย 9 แผนผังความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ



สแกน QR Code เพื่อเปิดเอกสารแนบท้ายที่ 2 – 9

แบบประเมินพฤติกรรมการพยาบาลทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวช
 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช

ผู้ประเมิน
 ตำแหน่ง
 ผู้ประเมิน
 ตำแหน่ง
 ผู้ประเมิน
 ตำแหน่ง
 คำชี้แจง ปฏิบัติ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

ลำดับ	เกณฑ์การประเมินผล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย			
1.1	การซักประวัติ การสังเกตอาการ การซักประวัติ การซักประวัติ			
1.2	ประเมินสภาพผู้ป่วยแยกกับประเมินการทางจิต (MSE, BPRS) พฤติกรรม การซักประวัติ โดยใช้แบบประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS Score), และประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแล (20/90/80)			
1.3	ได้ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย/ครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย			
2	การวินิจฉัยการพยาบาล			
2.1	ได้วินิจฉัยการพยาบาลอย่างถูกต้องตามปัญหาสำคัญทางจิตเวชและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย			
2.2	ได้กำหนดเป้าหมายและผลการพยาบาลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับผู้ป่วย			
3	การวางแผนการพยาบาล			
3.1	ได้วางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยทางจิตเวชและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย			
4	การปฏิบัติตามการพยาบาล			
4.1	ได้ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS และให้การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่น และทรัพย์สิน			
4.2	ได้ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน SAVE และประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย			
4.3	ได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา มีการใช้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและแพทย์ และแผนการรักษา พร้อมทั้งพูดคุยและนำวิถีชีวิตของผู้ป่วยมาพิจารณาเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วย			

