

รายงานการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหา

โดยการจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ๑. นายแพทย์พิสุทธิ จรุงเรืองทรัพย์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ากระดาน |
| ๒. นางสาวสุภานันท์ ยุมังกูร | แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ |
| ๓. นางกัญจนพร ศรีเพชร | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ |
| ๔. นางสาวจิรธิดา ขุนสะอาดศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๕. นางสาวณัฐพัชร์ ทองอั้งตั้ง | นักกายภาพบำบัดชำนาญการ |
| ๖. นายรณกฤต นวลเนาร | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| ๗. นางสาวชุตินันท์ แสงศรี | เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน |
| ๘. นางสาวกนกกร บุญทรง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๙. นางสาวคชาภรณ์ ดาบแก้ว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๐. นางสาวจุฑามาศ คงจร | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| ๑๑. นางสาวตุลาพร ทับทิมใส | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ๑๒. นางสาวนิตยา วรรณะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๓. นางสาวนงลักษณ์ นาคเถื่อน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๔. นางสาวชลธิชา แคมพิมาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๑๕. นางสาวณัชชา ฅมยาพิทักษ์ | ทันตแพทย์ปฏิบัติการ |
| ๑๖. นางสาวเพ็ญญา คุณพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพ |
| ๑๗. นายกฤษณภาชน์ ทองใบ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ๑๘. นางสาวหทัยา อินกล่อม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๙. นางสาวศิริประภาพร แสงทองดี | พยาบาลวิชาชีพ |

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ๑. นางสาวสุดา หมื่นอาจยิ้ม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|----------------------------|-----------------------|

เริ่มประชุมเวลา....๐๙.๐๐.....น.

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ โดย นายแพทย์พิสุทธิ จรุงเรืองทรัพย์ (ประธานกรรมการ)

- บรรยายสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายทั่วโลกที่มีอัตราที่เพิ่มสูงมากขึ้น และคาดการณ์ว่า ๑๐ ปี ข้างหน้าสุขภาพจิตจะกลายเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดการสูญเสียอันดับ ๑ ของโรคไม่ติดต่อ ในช่วง ๕ - ๑๐ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ๕๐๐ - ๑,๐๐๐ คน ต่อปี ในปี ๒๕๖๔ มีคนฆ่าตัวตายถึง ๕,๐๐๐ คน และพบว่า อันดับ ๑ หรือร้อยละ ๕๐ ที่เป็นสาเหตุให้ฆ่าตัวตายคือ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ อันดับ ๒ คือ ปัญหาสุขภาพกาย ร้อยละ ๒๐ - ๓๐ อันดับ ๓ คือ ปัญหาเรื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันดับ ๔ คือปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอันดับ ๓ และ ๔ จะสลับกันขึ้นลง สาเหตุที่ทำให้คนฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่ร้อยละ ๙๐ มี ๒ สาเหตุร่วม โดยมีปัญหาด้านความสัมพันธ์เป็นปัจจัยหลักเสมอ ตัวเลขจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่า ช่วงวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดร้อยละ ๗๔ คือ วัยแรงงานอายุ ๒๕-๕๕ ปี ขณะที่สถานการณ์โควิดทำให้แรงงานกลุ่มเปราะบางที่มีรายได้ปานกลางถูกเลิกจ้างถึง ๑.๔-๑.๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๒ ของแรงงานทั้งประเทศ ในปี ๒๕๖๔ โรคทางจิตเวชที่มีผู้เข้ารับการรักษามากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยมีผู้ป่วย ๖๒๒,๑๗๒ คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ๓.๙๙ ล้านคน

ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี ๒๕๖๕ ของจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๗๓.๔๙ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ๔.๒๖ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย แต่สถานการณ์ของอำเภอศรีสวัสดิ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙๗.๒๙ การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ ๗๔.๓๗ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ ๑๑.๒๐ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ และสูงที่สุดในจังหวัดกาญจนบุรี จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องของปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ขาดการค้นหาและคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยขาดยา ขาดนัด ขาดผู้ดูแล ไม่มียานพาหนะ ชุมชนขาดการดูแลช่วยเหลือ และมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน จึงทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จึงเป็นเรื่องสำคัญและพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายน้อยลงและอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูง

- ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดย นางนัยนา จันทร์มา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตยาเสพติด

รายงานการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จโรงพยาบาลท่ากระดาน

๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

ประชากรกลางปี (ราย)	ยอดการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (ราย)	อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จต่อแสน ประชากร
๒๖,๘๓๑	๐	๐

รายงานการพยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลท่ากระดาน

๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ราย)	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายซ้ำใน ๑ ปี	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
๑๐	๙	๙๐

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละของการเข้าถึงบริการ
๕๕๒	๕๑๑	๙๗.๘๖

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต

๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละของการเข้าถึงบริการ
๑๗๒	๑๐๙	๖๓.๓๗

๒. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง



คำนิยาม


1. ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI)
(กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการอาการกำเริบ ประกอบด้วย 4 โรค ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 4) การติดยาเสพติด

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

- SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
- SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
- SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

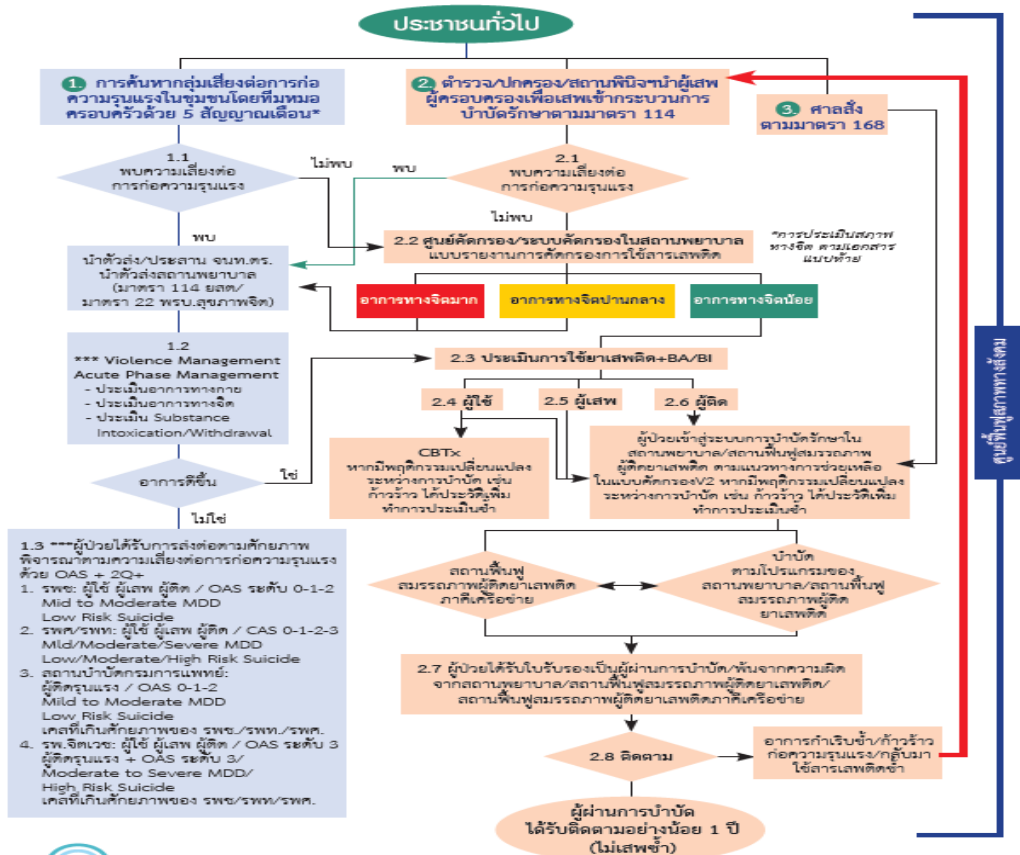
3. SMI-V Low Risk หมายถึง ผู้ป่วย SMI ที่เคยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แต่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี และมีมติร่วมของทีมจัดการรายกรณีว่าความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงแล้ว โดยต่อเนื่องประกอบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตลอดช่วง 5 ปี
3. ไม่มีสุรา และยาเสพติด
4. ครอบครัวยุติและชุมชนร่วมดูแล และเฝ้าระวังความรุนแรง
5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง





แนวปฏิบัติการดูแลผู้เสียหายสพตที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายอาญาสพต พ.ศ. 2564



1.3 ***ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตามศักยภาพพิจารณาตามความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

1. รพช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 0-1-2 Mild to Moderate MDD Low Risk Suicide

2. รพช/รพท: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / CAS 0-1-2-3 Mild/Moderate/Severe MDD Low/Moderate/High Risk Suicide

3. สถานบำบัด/กรมการแพทย์: ผู้ติดรุนแรง / OAS 0-1-2 Mild to Moderate MDD Low Risk Suicide

4. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 3 Moderate to Severe MDD/High Risk Suicide

เคล็ดลับสังเกตอาการของ รพช/รพท/รพท. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด / OAS ระดับ 3 Moderate to Severe MDD/High Risk Suicide

เคล็ดลับสังเกตอาการของ รพช/รพท/รพท.

อาการทางจิต

มาก

ปานกลาง

น้อย

มาก

ขณะนี้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea/Suicidal attempt)/ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ข้าวของ จนแตกหัก หรือก้าวร้าว วุ่นวาย/หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

ปานกลาง

หุน่่ว พุดคนเดียว เหมือนโต้ตอบกับคนอื่น หรือเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น

น้อย

รู้สึกไม่สบายใจ เซ็ง เศร้า ทุกข์ใจ หรือเบื่อหน่าย ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร ทำอะไรก็ไม่สนุก

บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

๑. ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง (SMI-V Scan) หากพบอย่างน้อย ๑ สัญญาณเตือน ให้แนะนำเข้ารับการตรวจวินิจฉัย และรักษา

๒. เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง กำหนด และนำมาตรการเชิงควบคุมมาใช้ งดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ ต้มเหล้า เช่น วัด ส่วนสาธารณะ เป็นต้น

๓. ส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง เช่น รมรงค์ ประชาสัมพันธ์ ๕ สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) มีเส้นทางนำส่งในชุมชน หมู่บ้าน และช่องทางให้คำปรึกษา เบอร์โทรฉุกเฉิน ของผู้นำชุมชน

๔. จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สายตรวจตำรวจ อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน และชุมชนกำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน เช่น การเตรียมการเข้าจุดเกิดเหตุ การเจรจา โกล่เกลี่ย การประเมินความเสี่ยง การเข้าช่วยเหลือ จำกัดพฤติกรรม การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งผู้ป่วย

๕. ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิน การควบคุม เช่น ตำรวจ, หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙, สถานพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

๖. ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๑. ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่าและประชาชน ทั่วไป จาก ๕ สัญญาณเตือน ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง (SMI-V Scan)

๒. ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบบริการและได้รับ การวินิจฉัย

๓. ประสานการดูแลแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน >> รพ.สต. >> อบต. /อปท.>> ชุมชน

๔. จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (Data Management) ภายใต้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตราที่ ๑๖ (๒) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบประสานงาน ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

๕. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่

บทบาทของตำรวจ ๑๙๑

๑. ป้องกันอันตราย จากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กรณีคลุ้มคลั่ง ในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุ ฉุกเฉินที่เบอร์ ๑๙๑

๒. ศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๙๑ ประสาน ๑๖๖๙ กรณีต้องการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกัน มีการคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตที่มี มาตรฐานเดียวกันทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. ตำรวจเป็นเจ้าพนักงานตาม พรบ.สุขภาพจิต ให้ดำเนินการนำตัวบุคคล คลุ้มคลั่ง ไปยัง สถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดย ไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมิน อาการเบื้องต้น โดยจะมีผู้รับดูแล ไปด้วยหรือไม่ก็ได้

๔. ดำรวจวางแผนการช่วยเหลือ เช่น ติดตามผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึง เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำบันทึกข้อตกลงกับผู้ป่วย จิตเวชและผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ไม่ก่อเหตุความรุนแรง ครั้งต่อไป

บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๑. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมควบคุม สถานการณ์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

๒. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ALS) ประเมินและควบคุม สถานการณ์ในการเตรียมการ รักษา และนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล ใกล้เคียง

บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด

๑. ร่วมทีมเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านสังคม โดยประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช จาก รพ.สต. เพื่อให้ การดูแลทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิต และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางในชุมชน

๒. เยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยประสาน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง เพื่อดูแลความปลอดภัยในการลงพื้นที่

๓. ลงพื้นที่เมื่อเกิดเหตุภาวะความรุนแรงและมีผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับ อปท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้นำชุมชน/ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/อสม./ครอบครัว/ ประชาชน/ญาติ/ผู้ร้องเรียน

๔. ร่วมประเมินสถานการณ์และกันผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ห่างจากพื้นที่ที่ผู้ป่วย คลุ้มคลั่ง เพื่อให้ตำรวจ เข้าพื้นที่เจรจาต่อรอง

๕. ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคมระดับตำบลเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชน จาก ญาติ/ครอบครัว/คน ใกล้ชิด เพื่อสอบถามผลกระทบ ความต้องการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการเข้าถึง สวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและ เป็นธรรม

บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

๑. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.

๒. จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V ๑-๔)

๓. ให้การดูแลรักษาโรค และบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. >>

ชุมชน

๔. ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อปท./ผู้นำชุมชน/พมจ/ตำรวจ/อสม./ ครอบครัว/ญาติ

๕. สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษาและผลการดำเนินงาน การจัดการรายกรณีทุกรายในอำเภอที่รับผิดชอบ

๖. สรุปปัญหา/อุปสรรค และความต้องการสนับสนุน นำเสนอผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการ ประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับ จังหวัดที่มี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

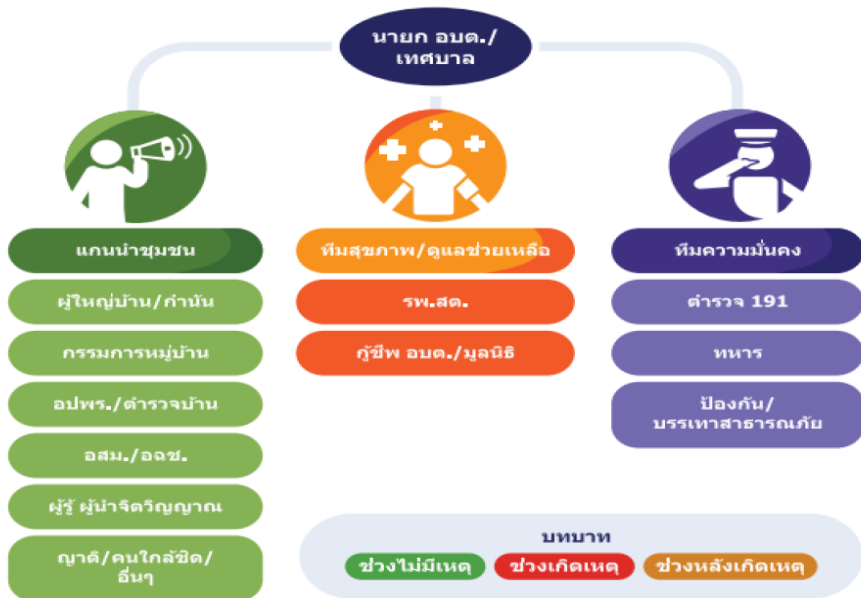


แนวทางแจ้งเหตุและช่วยเหลือเบื้องต้น ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

สำหรับหน่วยงานจัดการตนเอง

โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงานชุมชนจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต



หมายเหตุ

- อบต. - องค์การบริหารส่วนตำบล
- รพ.สต. - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- อปพร. - อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน

- อสม. - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อฉช. - อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน

แนวทางดำเนินงาน ช่วงไม่มีเหตุ

1 จัดทีมงาน



โดยแกนนำชุมชน ทีมสุขภาพ/ทีมดูแลช่วยเหลือและทีมความมั่นคง ร่วมวางแผนปฏิบัติการและเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ “การจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต” ทั้งความพร้อมของคน (จำนวนและทักษะ) อุปกรณ์ เครื่องมือ (จำนวนและการใช้งานได้) วิธีการจัดการและลำดับขั้นของการเข้าช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ในชุมชน ควรร่วมหารืออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และควรทำร่วมกับการประชุมอื่นๆ ที่มี

2 อบรมความรู้และทักษะในการจัดการช่วยเหลือ



โดยหน่วยชุมชนจัดการตนเองฯ ได้แก่ แกนนำชุมชน ทีมสุขภาพ/ทีมดูแลช่วยเหลือและทีมความมั่นคง จะต้องประเมินตนเองและร้องขอให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องมาอบรมพัฒนาศักยภาพให้เกิดทักษะที่สามารถปฏิบัติงานได้

แนวทางดำเนินงาน ช่วงไม่มีเหตุ

3 ค้นหา/ระบุ/เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง



แกนนำชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ/ทีมดูแลช่วยเหลือ จัดทำฐานหรือปกหมุดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง” เฝ้าระวังสิ่งกระตุ้นในชุมชนที่อาจมีผลต่ออาการกำเริบของกลุ่มเสี่ยง และต้องหมั่นเข้ามาถามไถ่ญาติ/คนใกล้ชิด สังเกตหรือเฝ้าดู “สัญญาณเตือน” กลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

4 สร้างช่องทางการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การประสานงาน



เช่น กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก เบอร์โทรศัพท์ จุดนัดพบปะ หรืออื่น ทั้งกับกลุ่มแกนนำ ทีมสุขภาพ และความมั่นคง รวมทั้งญาติและคนใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง รวมไปถึงช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

- 1 แกนนำชุมชน เข้าพื้นที่เกิดเหตุ**
เมื่อได้รับการร้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิด และแจ้งไปยัง “นายก อบต./นายกเทศบาล”
- 2 แกนนำชุมชน ประเมินความรุนแรง/อันตราย และพยายามเกลี้ยกล่อม (ต้องเป็นคนที่ได้รับการอบรมมาแล้ว)**
โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ปลอดภัย สร้างสัมพันธภาพ กลมกลืน ตามน้ำ เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย สร้างสถานการณ์ผ่อนคลาย สร้างความเข้าใจ

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

- 3 แกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วย ในขณะที่มีการเกลี้ยกล่อม**
 - 3.1 ผู้ป่วยสงบลงและอาการเป็นปกติ (รุนแรงน้อยและปานกลาง)**
ถือว่า “ชุมชนจัดการได้” ให้ญาติหรือคนใกล้ชิดพาไปรักษาหรือรับยาที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน
 - 3.2 ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (รุนแรงมาก)**
มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง ให้ประสานแจ้งร้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจ 191 และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669 ทันที
 - พกหรือถืออาวุธ
 - พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง
 - ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบรุนแรง
 - ช่มชู่จะทำร้ายผู้อื่น
 - รื้อและขว้างปาข้าวของ
 - ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ
 - ทำลายสิ่งของจนแตกหัก

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

- 4** เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือผู้นำชุมชน แจ้งขอความช่วยเหลือไปที่เจ้าหน้าที่ตำรวจ 191 ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ 1669 โดยเตรียมข้อมูลสำหรับการแจ้งเหตุ ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชื่อ สกุล เพศ ที่อยู่อาศัย
- สถานที่เกิดเหตุ
- เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้ รวมทั้งญาติและคนใกล้ชิดผู้ป่วย
- รายละเอียดลักษณะของเหตุ อาการและความรุนแรงเบื้องต้น
- ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุ เช่น ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องมีมากหรือไม่ ที่เกิดเหตุ เป็นชุมชน บนถนน อยู่บนที่สูง และมีหน่วยงานใดอยู่ที่เกิดเหตุแล้ว
- ประวัติการรักษาและประวัติด้านสุขภาพ

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

- 5** ระหว่างที่ร้องขอไปยังหน่วยงานและยังมาไม่ถึงที่เกิดเหตุ ให้หน่วยชุมชน “ประเมินสิ่งแวดล้อม เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ อาวุธ ผู้คน หรือแสง สี เสียง” ที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงขึ้น รวมทั้งประเมินด้านอื่นๆ เช่น การจราจร การดำเนินชีวิตของคนในละแวกนั้น เพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อน” และที่สำคัญให้ทุกคนอยู่ห่างจากผู้ป่วยให้มากที่สุด ยกเว้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ
- 6** เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ 191 และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 มาถึงที่เกิดเหตุ หน่วยงานในชุมชนและญาติต้องอำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

7 เจ้าหน้าที่ตำรวจ “เป็นผู้ประเมินอันตราย ความคมและสิ่งการ” ณ ที่เกิดเหตุ โดยดำเนินการดังนี้

- 🔪 ประเมินอันตรายและความเสี่ยง เช่น บรรยากาศสิ่งแวดล้อมโดยรอบ การมีอาวุธ/อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ผู้ป่วยอาจนำไปเป็นอาวุธได้
- 🗣️ เจรจา เคลี้ยกล่อม และประเมินความรุนแรงอยู่ตลอดเวลา
- 👤 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องเตรียมประวัติข้อมูลผู้ป่วย (ทั้งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆ ทัวไป)
- 🚑 ญาติและคนใกล้ชิดเตรียมยาที่คนไข้กินประจำ และเตรียมพร้อมไปกับรถกู้ชีพ

แนวทางดำเนินงาน ช่วงเกิดเหตุ

8 กรณีต้องมีการเจรจาเบื้องต้น

ผู้ที่เกลี้ยกล่อมจะต้องได้รับการอบรมจากหลักสูตรเฉพาะของหน่วยงานที่ได้รับรองจากโรงพยาบาล

9 กรณีต้องเข้าชาร์ตผู้ป่วย และการมัดตัวผู้ป่วย

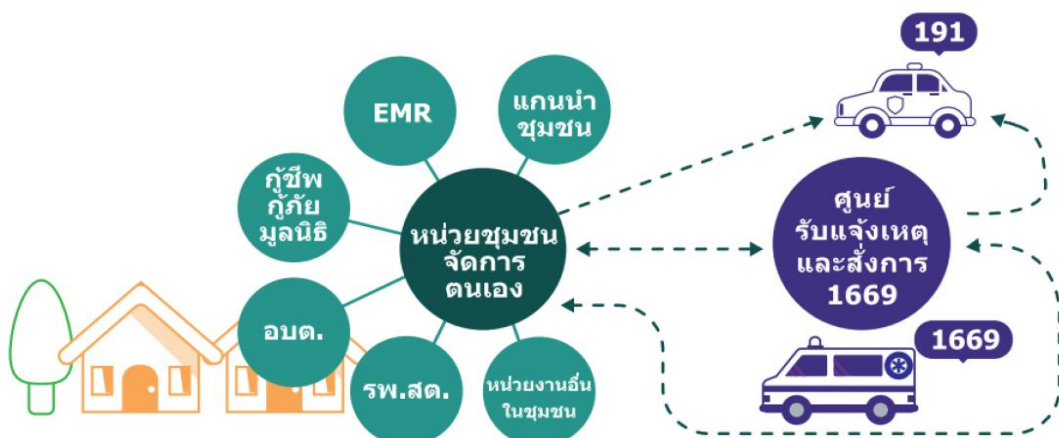
จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะของหน่วยงานที่ได้รับรองจากโรงพยาบาล

แนวทางดำเนินงาน ช่วงหลังเกิดเหตุ

- 1 ทุกคนในหน่วยชุมชนจัดการตนเองฯ ทบทวนแนวทางดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค**
เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา สำหรับการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วย ในโอกาสต่อไป
- 2 วางแผนดูแลคนไข้**
เช่น การเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน วางแผนติดตามการรักษาหรือการรับยาจิตเวช ที่ รพ.สต. ส่งเสริมอาชีพและส่งเสริมให้มีบทบาทในสังคม เป็นต้น

แนวทางดำเนินงาน ช่วงหลังเกิดเหตุ

- 3 พยายามจัดสิ่งแวดล้อมชุมชนให้ปลอดภัย**
ทั้งในระดับครอบครัวและในสังคมที่ไม่เอื้อให้การเหล่านั้นกำเริบ



การค้นหากลุ่มเสี่ยงและการเฝ้าสังเกต

กลุ่มเสี่ยง... ส่วนใหญ่มีลักษณะ ดังนี้

 <p>ใช้เครื่องดัดแอลกอฮอล์เป็นประจำ</p>	 <p>ใช้สารเสพติด</p>	 <p>มีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวช</p>
 <p>มีพฤติกรรมหรืออารมณ์รุนแรงพลันสั้น ก้าวร้าว หึงการแสดงและคำพูด</p>	 <p>มีประวัติทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น หรือเคยขู่ว่าจะทำร้ายหรือจะฆ่าตัวตาย</p>	 <p>เคยทำลายข้าวของ เผลอขว้างของและทรัพย์สิน</p>

แกนนำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. และ อสม.



1. ค้นหากลุ่มเสี่ยง และวาดแผนที่ชุมชน รวมทั้งปักหมุดจุดพิกัดที่อยู่กลุ่มเสี่ยง



2. ต้องหมั่นไปเยี่ยมเยียนญาติ/คนใกล้ชิดร่วมกัน คอยเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีช่องทางให้ญาติ/คนใกล้ชิดติดต่อเพื่อปรึกษาหารือและแจ้งประสานขอความช่วยเหลือ

สิ่งกระตุ้นหรือกระทบ...

ที่จะทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น



ได้ยินข่าวร้ายมากๆ
ทำให้สะเทือนใจอย่างมาก



มีปัญหา รุมเร้า
ทำให้เกิดภาวะเครียดอย่างหนัก

สิ่งกระตุ้นหรือกระทบ...
ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น



ดื่มเหล้ามาก หรือดื่มอย่างต่อเนื่อง
ติดต่อกันหลายวัน



เสพสารเสพติด

สิ่งกระตุ้นหรือกระทบ...
ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น



ดื่มกาแฟหรือสารกระตุ้นอย่างหนัก
ทำให้ออนไม่หลับมาหลายวัน



ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา หรือกินยาไม่ต่อเนื่อง
ไม่ไปตามที่หมอนัด

สิ่งกระตุ้นหรือกระทบ...
ที่จะทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น



การแสดงออกทางอารมณ์
สีหน้าท่าทาง คำพูด ที่ไม่ยอมรับต่อผู้ป่วย

**สัญญาณเตือน การประเมินความรุนแรง
การแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้น**



ไม่หลับไม่นอน



เดินไปเดินมา



พูดจากคนเดียว



เที่ยวหวาดระแวง

หรือ



ไม่พูดไม่จา



หน้าตาเศร้าหมอง



แยกตัว



อยากทำร้ายตนเอง



ถ้ามี **“สัญญาณเตือน”** เหล่านี้

ญาติหรือคนใกล้ชิด **“ประเมินความรุนแรงของอาการ”**

หากรุนแรงต้อง **“แจ้งเหตุและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น”** ดังนี้



ยังไม่เป็นอันตราย
ต่อตนเองและ
คนรอบข้าง

- 1 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เจ็บไป ซึม เก็บตัว หงว่ว หรือเริ่มแสดงอาการหวาดระแวง ตื่นตระหนก วิตกกังวลอย่างมาก
- 2 เริ่มหงุดหงิด กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหร้าย
- 3 เริ่มพูดซ้ำไปซ้ำมา พูดหยาบคายทั้งที่ไม่เคยพูดมาก่อน
- 4 ปฏิเสธการกินยา



ญาติหรือคนใกล้ชิด ให้ปฏิบัติดังนี้

- 1 พุดจา เกลี่ยกล่อม โดยเรียกชื่อด้านน้ำเสียงที่นุ่มนวล เพื่อเรียกสติให้เกิดความผ่อนคลาย
- 2 ลดการกระตุ้นที่จะทำให้พฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น โต้เถียง บังคับ ดุด่า
- 3 ชวนพุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ไปเรื่องอื่นๆ ที่เป็นเรื่องดีงาม เรื่องน่าประทับใจในชีวิต
- 4 เกลี่ยกล่อมให้กินยาจิตเวชหรือไป รพ.สต.ใกล้บ้าน
- 5 พยายามให้กลุ่มเสียงออกจากสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดอาการ เช่น ออกจากวงเหล้า/สารเสพติด
- 6 เก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร ปืนผาหน้าไม้ ให้ห่างจากตัวกลุ่มเสียง และให้คนที่ไม่เกี่ยวข้อง ออกจากบริเวณนั้น
- 7 ประเมินอาการแสดงเป็นระยะๆ หากประเมินแล้ว ผู้ป่วยเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้น ให้ดำเนินการ ในขั้นตอนต่อไป

“
ญาติหรือ
คนใกล้ชิด
จัดการดูแล
ช่วยเหลือ
”

กลุ่มเสียงมีพฤติกรรม
สงบลง

ให้นำส่งรักษา/รับยาที่
รพ.สต./รพ.ใกล้บ้าน

กลุ่มเสียงมีพฤติกรรม
รุนแรงขึ้นชัดเจน
(รุนแรงมาก)

แจ้งหน่วยงานในชุมชน
จัดการตนเองฯ ทันที

รุนแรง
ปานกลาง



เสียงเป็นอันตราย
ต่อตนเองและ
คนรอบข้าง



- 1 ญาติหรือคนใกล้ชิดไม่สามารถเกลี่ยกล่อมหรือ เจรจาได้ (พุดไม่ฟัง มีท่าทางนั่งเกร็ง ตัวเกร็ง กำมือแน่น กำที่ท้าวแขนเก้าอี้แน่น ไม่ยอมฟัง)
- 2 อยู่ไม่นิ่ง เดินงุ่นง่านไปมา กระสับกระส่ายมากขึ้น
- 3 มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปทั้งอารมณ์ ท่าทาง และ การพุดจา อย่างเห็นได้ชัด เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้
- 4 พยายามทำร้ายตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรืออาวุธ เช่น ทบ หยิก ข่วนตัวเอง
- 5 พยายามทำร้ายผู้อื่น

**รุนแรง
มาก**



**เป็นอันตรายมาก
ต่อตนเองและ
คนรอบข้าง**



**มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจน
โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้**

- ✓ พกหรือถืออาวุธ
- ✓ ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบรุนแรง
- ✓ รื้อและขว้างปาข้าวของ
- ✓ พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง
- ✓ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น
- ✓ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ
- ✓ ทำลายสิ่งของจนแตกหัก

**ระหว่างหน่วยงานที่ขอความช่วยเหลือ
ยังไม่ถึง ญาติ/คนใกล้ชิด และ
ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติดังนี้**

- 1 อยู่ห่างจากผู้ป่วยให้มากที่สุด
- 2 หลีกเสี่ยงการกระทำใดๆ ที่เป็นการยั่วยุหรือสร้าง
สิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบมากขึ้น เช่น การใช้เสียง
ที่ตั้งอึกทึก เสียงด่าทอ การถืออาวุธ ถือไม้ หรือ
สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมองว่าจะถูกทำร้าย เป็นต้น
- 3 สำหรับผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องได้รับ
การดูแลใกล้ชิด ไม่คาดสายตา และไม่ใช้คำพูด
ยั่วยุให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

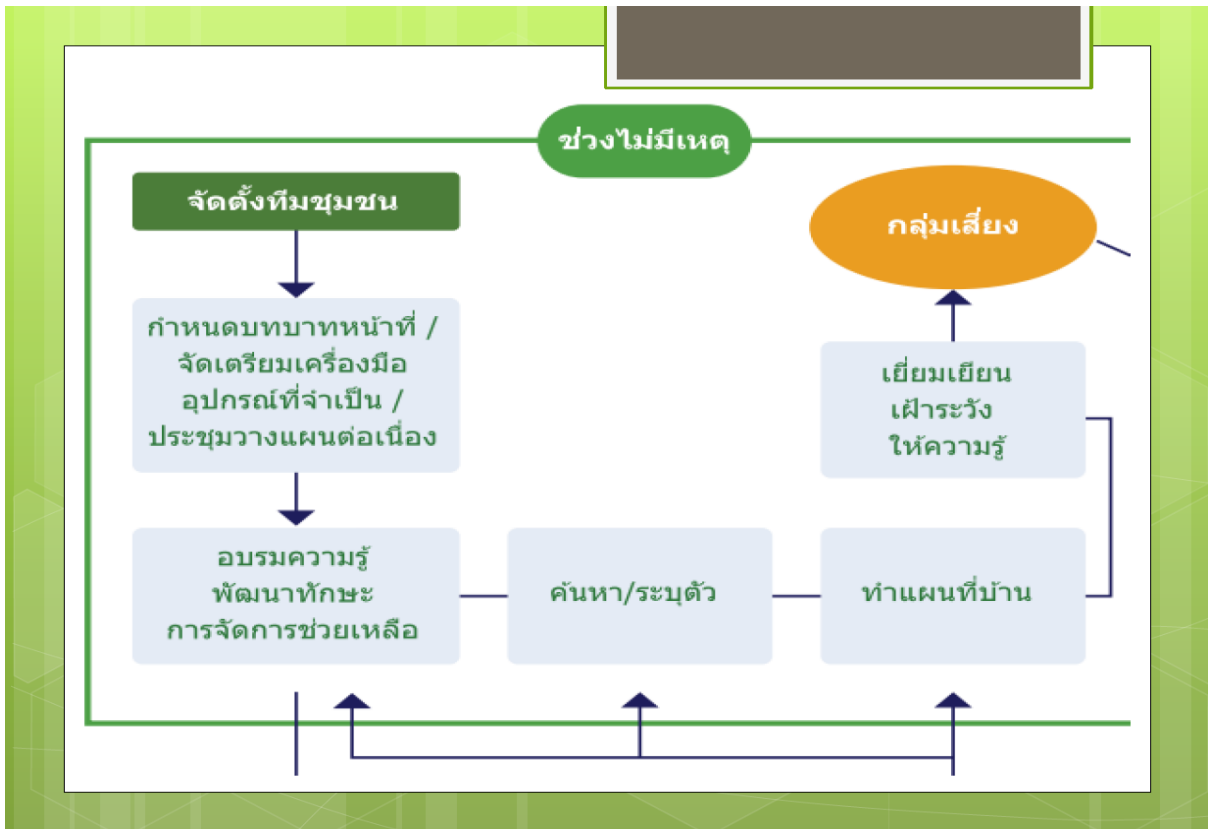
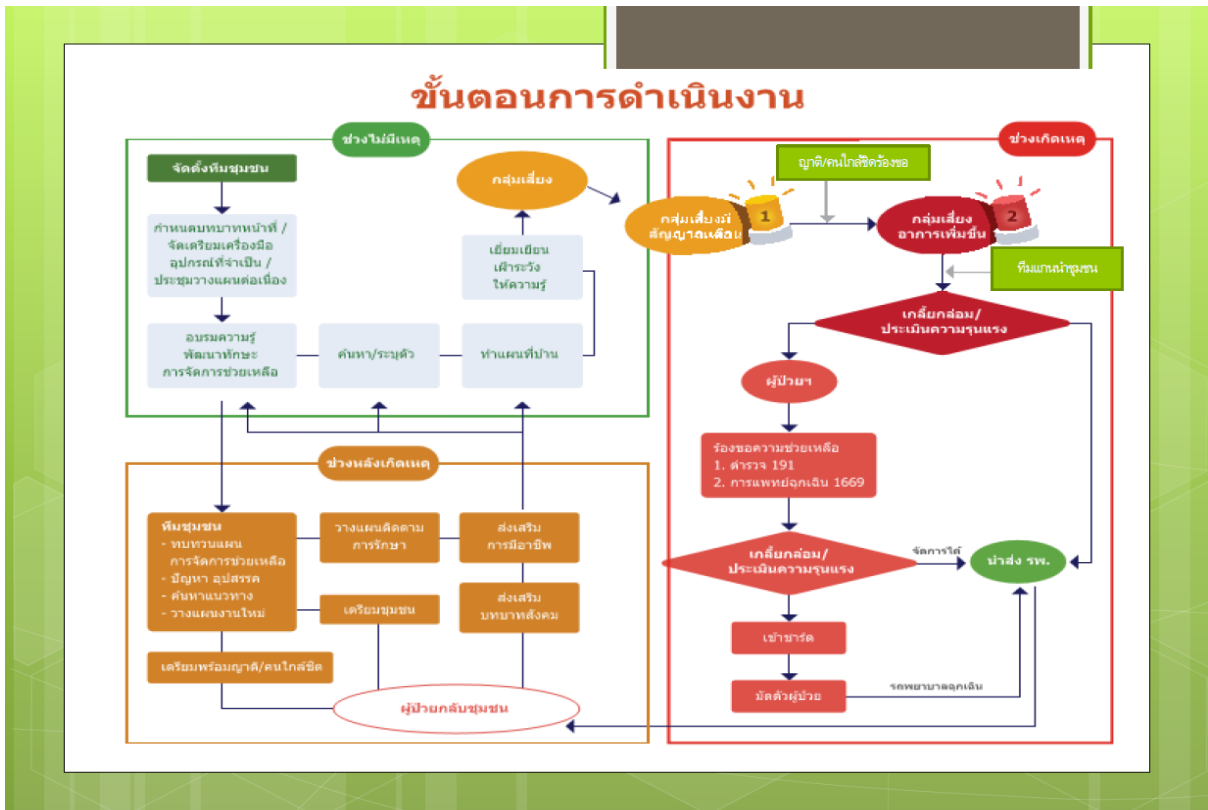
“

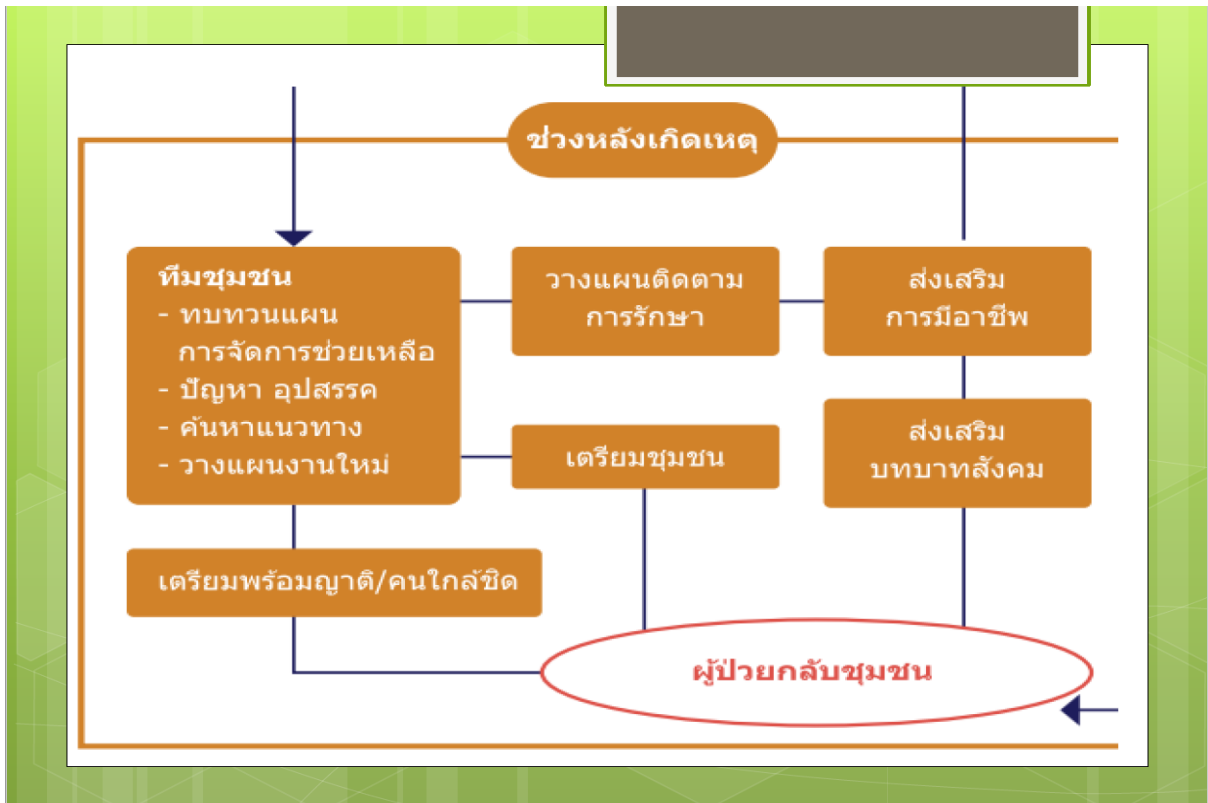
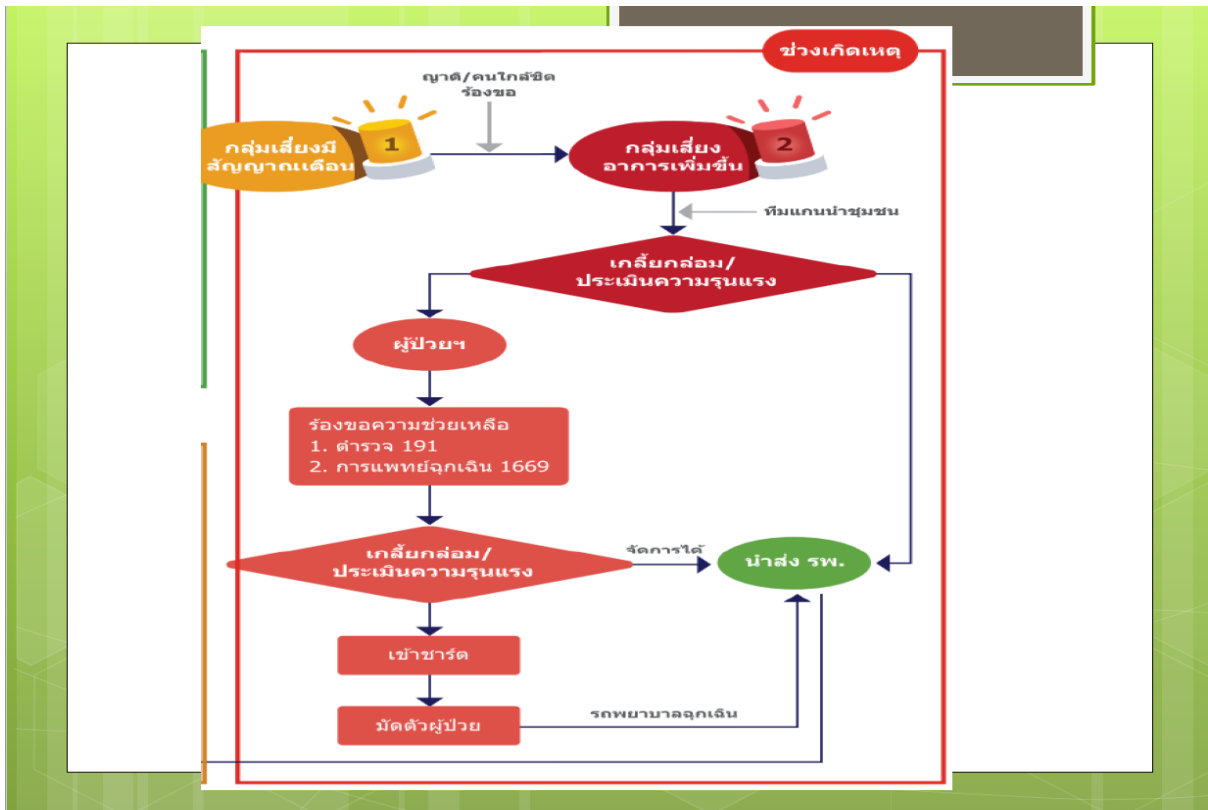
หน่วยงานชุมชน
จัดการตนเองฯ
หรือญาติ/
คนใกล้ชิด ประสาน
ขอความช่วยเหลือ
หน่วยงานเหล่านี้
ทันที

”

1
ตำรวจ
191

2
การแพทย์ฉุกเฉิน
1669





สาระสำคัญ พ.ร.บ.สุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต โดยเพิ่มเติมการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต ควบคุมปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพจิต พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการคุ้มครองจากการเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ในสื่อทุกประเภท ตลอดจนเพิ่มสิทธิให้ผู้ดูแลเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมไทยอย่างมีความสุข

โดยสาระสำคัญตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต มีผลในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยของสังคม ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถช่วยกันสังเกตอาการทางจิตของผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ทันที่ โดยสังเกตจากลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล พูดจาเพ้อเจ้อ พูดจากร้าวร้าว ร่วมกับมีแนวโน้มจะมีอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม เช่น พยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่น



หากประชาชนพบเห็นผู้ที่มีลักษณะที่กล่าวมาและมีภาวะอันตรายให้ดำเนินการในกรณีเร่งด่วน คือ มีภาวะอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้รีบโทรแจ้ง

1. สายด่วนตำรวจ 191 และสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน 1669
2. สามารถแจ้งบุคคลหรือหน่วยงานต่อไปนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย อบต. เทศบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่นำตัวเข้ารับการรักษาตามกฎหมาย โดยส่งต่อที่โรงพยาบาลใกล้เคียง สถานบำบัดรักษา และโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยต่อไป



มติที่ประชุมรับทราบ.....

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

แนวทางปฏิบัติในการการค้นหาคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ทำร้ายตัวเอง

๑. การคัดกรองในชุมชนปีละ ๒ ครั้ง ในสถานบริการเช่น รพ.สต และโรงพยาบาลให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้รับบริการที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปทุกครั้งที่มาใช้บริการ โดยใช้แบบประเมิน ๒Q ในการคัดกรองเบื้องต้น
๒. หากพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งพบพยาบาลจิตเวชเพื่อรับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกคน
๓. สำหรับผู้ป่วยที่รับยาต้านเศร้าทุกคนที่มารับยาก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์ให้ส่งพบพยาบาลสุขภาพจิตเพื่อพูดคุย ให้คำปรึกษาและประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำทุกครั้ง
๔. ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองมารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกรายให้ส่งพบพยาบาลจิตเวชทุกราย
๕. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาและสารเสพติดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องมีญาติเฝ้าอย่างน้อย ๑ คน

มติที่ประชุมรับรอง.....

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

มติที่ประชุมไม่มี.....

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องพิจารณา

๑. เรื่องการจัดส่งยาจิตเวชให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.ยังคงให้โรงพยาบาลจัดยาให้หรือยกเลิกแล้วให้ผู้ป่วยไปรับยาเองที่ รพ.สต.

มติที่ประชุม ให้โรงพยาบาลจัดส่งยาให้ผู้ป่วยเหมือนเดิมในช่วงแรก เนื่องจากยาที่มีใช้ใน รพ.สต.ยังไม่มียาจิตเวช และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบจากการขาดยา

๒. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของปัญหายาเสพติดในพื้นที่ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น ในปี ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วย ๑๑ ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่ากระดานในตึกผู้ป่วยใน และ ๔ รายที่ได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในการส่งตัวไปรับการรักษาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลต้องเป็นผู้ประสานติดต่อรถในการนำส่งผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่กู้ชีพขุนศรีรัตนาวุธและก่อนออกเดินทางจากโรงพยาบาลต้องเตรียมเอกสาร คือ ใบส่งตัวประวัติการรักษา CDผลเอ็กซเรย์ ใบรับรองสิทธิผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใส่ซองสีน้ำตาล และให้กู้ชีพถือไปให้เจ้าหน้าที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

มติที่ประชุมรับทราบ.....

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ

มติที่ประชุมรับทราบ.....

ปิดประชุม เวลา๑๖.๐๐.....น.

.....
นางนัยนา จันทร์มา
ผู้บันทึกการประชุม

.....
นายแพทย์พิสุทธิ์ จรุงเรืองทรัพย์
ผู้รับรองรายงานการประชุม