

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ - นามสกุล นางสาวจินตหรา มีถาวร

อายุ 41 ปี การศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จิตวิทยาเด็ก วิทยุ และครอบครัว

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จิตวิทยาคลินิก

1.2 ตำแหน่ง นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) การให้การปรึกษาพฤติกรรมบำบัด การฟื้นฟูดูแลทางด้านจิตใจการทำ  
จิตบำบัด การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือทางจิตวิทยาคลินิก ให้แก่ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มี  
อาการทางจิต ผู้ป่วยโรคทางด้านร่างกายอื่น ๆ ที่มีปัญหาทางจิตใจอารมณ์หรือพฤติกรรมร่วมด้วย นอกจากนี้  
บุคคลทั่วไปที่มีประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด ความเศร้า ความกลัว หรือความรู้สึกไม่สามารถ  
ปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

1.3 ชื่อเรื่อง / ฝึกอบรมหลักสูตร การปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก รุ่นที่ 15/2566

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน 20,000 บาท

ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 - 28 ธันวาคม 2566

สถานที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ หลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก

การเผยแพร่รายงาน ศึกษา/ ฝึกอบรม/ ประชุม/ สัมมนา/ ดูงาน ผ่านเว็บไซต์ โรงพยาบาลตากสิน  
สำนักงานแพทย์ และกรุงเทพมหานคร  ยินยอม  ไม่ยินยอม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

2.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการตรวจวินิจฉัย  
ทางจิตวิทยาคลินิก (Clinical Psychodiagnosics Assessment) การบำบัดทางจิตวิทยาและการฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางจิต (Psychological Treatment and Rehabilitation) และการประยุกต์จิตวิทยาคลินิก  
เข้าสู่งานด้านสุขภาพจิตชุมชน และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Application of Clinical Psychology for  
Community Mental Health Services and Related Fields) ตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐานของวิชาชีพสาขา  
จิตวิทยาคลินิก

2.2 เนื้อหา “จิตวิทยาคลินิก” (Clinical Psychology) หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด ความผิดปกติทางจิต อันเนื่องมาจากภาวะทางจิตใจ บุคลิกภาพ เขาวนปัญญา อารมณ์ พฤติกรรมการปรับตัว ความเครียด หรือพยาธิสภาพทางสมอง รวมทั้งการวิจัย การส่งเสริม และประเมิน ภาวะสุขภาพ ทางจิตด้วยวิธีการเฉพาะทางจิตวิทยาคลินิก หรือการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทดสอบทาง จิตวิทยาคลินิกที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางจิตวิทยาคลินิก

โดยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมถึงประยุกต์องค์ความรู้ ด้านจิตวิทยาคลินิกได้อย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกใน ปัจจุบัน สามารถบูรณาการองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิก เพื่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบทของ สังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทักษะในการสร้างเสริม สุขภาพจิต ประเมิน ช่วยเหลือ บำบัดและฟื้นฟูด้านจิตวิทยาคลินิก สามารถสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการทำงานในองค์กร ชุมชน และสังคม รับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความเป็นผู้นำและ สามารถทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีความสามารถในการพัฒนาตนเองจากภายใน ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข มีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อการศึกษา วิจัย และปฏิบัติงานด้านจิตวิทยา คลินิก เริ่มตั้งแต่การเรียนรู้พัฒนาในเด็กและวัยรุ่นโดยบูรณาการความรู้ในเรื่องชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ การปฏิสนธิ การเกิด การเจริญเติบโต พัฒนาการตลอดจักรของชีวิต พัฒนาการแบบ องค์กรรวม พัฒนาการตามวัย การพัฒนาการแบบองค์กรรวม ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา บุคลิกภาพ พฤติกรรม อิทธิพลของการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว กลุ่มเพื่อน การศึกษา งานอาชีพ พฤติกรรมการเรียนรู้ บริบททาง สังคมและวัฒนธรรมไทย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พันธุกรรม ชีววิทยาร่างกาย ปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ แนวโน้มของปัญหาอุปสรรค ปัจจัยเกื้อหนุนต่อพัฒนาการของมนุษย์ ปัจจุบันและ อนาคต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคทางจิตเวชศาสตร์ สาเหตุและกลไกการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิต เวชศาสตร์ ปัจจัยด้านชีวภาพและจิตสังคม แนวทางการประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตและโรคทาง จิตเวช การรักษาและการช่วยเหลือแบบบูรณาการสหวิชาชีพ การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นและการส่ง ปรีกษาอย่างเหมาะสม การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชศาสตร์ และการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำหรับเด็กและวัยรุ่นตามหลักจริยธรรม ทฤษฎีพัฒนาการและแนวคิดในการให้คำปรึกษาสำหรับเด็กและ วัยรุ่น พฤติกรรมบำบัด ทฤษฎีและฝึกปฏิบัติการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ความคิดและพฤติกรรม บำบัด การให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์ การให้คำปรึกษาแนวพุทธ และการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองรายครอบครัวและเป็นกลุ่ม ตามหลักจริยธรรม การพัฒนาตนเองสำหรับผู้ให้ คำปรึกษา แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตโรงเรียน ระบบ กระบวนการ และทฤษฎีในการส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนางานสุขภาพจิตโรงเรียนโดยตั้งอยู่บนหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ระบบงาน นโยบายและทิศทางของงานสุขภาพจิตโรงเรียนในประเทศไทยและต่างประเทศ การประยุกต์องค์ ความรู้ กระบวนการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโรงเรียนไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู สุขภาพจิตในโรงเรียน การคิดและสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียน รวมถึงมีความรู้ในบทบาท ของสหสาขาวิชาชีพและ สามารถส่งต่อหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นได้ รวมถึงการฝึกปฏิบัติขั้น พื้นฐานโดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการ ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ในบริบทของโรงเรียน โรงพยาบาล และหน่วยงานที่ทำงาน เกี่ยวกับสุขภาพจิต การศึกษาดูงานในหน่วยงานและองค์กรด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม รวมถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โดยสิ่งจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตและการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์นั้น แบ่งได้เป็น ๒ พวกใหญ่ๆคือ

1. สิ่งจำเป็นสำหรับร่างกาย (physical needs) เช่น อากาศ อากาศสำหรับหายใจ อุณหภูมิที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

2. สิ่งจำเป็นสำหรับจิตใจ (psychological needs) เป็นสิ่งที่จะทำให้มนุษย์นั้นอยู่อย่างปกติสุข สามารถเป็นคนที่มีความหมาย คือ สามารถประกอบการทำงานให้เป็นประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว และสังคม

ถ้าเด็กได้รับแต่สิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายอย่างครบบริบูรณ์ แต่ขาดสิ่งจำเป็นสำหรับจิตใจ เราก็อาจได้เด็กที่รูปร่างแข็งแรงสูงใหญ่ตามเกณฑ์มาตรฐานทุกประการ แต่อาจมีท่าทางไม่เป็นสุข หงอยเหงา ไม้ร่า เริงแจ่มใส เชื่องซึม หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบทำลาย หรือไม่สามารถรับผิดชอบได้ตามวัย เช่น ไม่สามารถเรียนหนังสือได้ ฉะนั้นควบคู่กับแนะนำว่าเด็กอายุเท่าใด ต้องให้นมแบบไหน อาหารเสริมอะไร ฉีดวัคซีนอะไร ก็ควรจะให้ความรู้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กอายุเท่าใดมีลักษณะนิสัยตามธรรมชาติอย่างไร และเด็กต้องการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจอย่างไรถึงจะเหมาะสมเพื่อทำสุขภาพจิตดีควบคู่กับการมีสุขภาพกายดี

### ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช

โรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชนั้นบางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ยาก เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการ เบี่ยงเบนของอารมณ์ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในผู้ที่ปกติซึ่ง DSM-5 ได้ระบุหลักการ ในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้ 1. เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติในด้านการรู้คิด การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ทางกายภาพซึ่งมีที่มาจากความบกพร่องของการทำงานของจิตใจ กระบวนการทางชีววิทยาหรือ พัฒนาการ 2. อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) หรือมีความบกพร่อง (Disability) ในกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพหรือกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ 3. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้นๆ ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติเช่น อาการซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น 4. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมืองศาสนา หรือด้านเพศหรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่าง บุคคลนั้นๆกับสังคมไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาเหล่านี้จะมีที่มาจากภาวะ ดังข้อแรก การจำแนกโรคทางจิตเวช การจำแนกโรคทางจิตเวชมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ในแง่ของ ความผิดปกติทางจิตเวชทำ ได้สะดวกขึ้น มีประโยชน์ในด้านการศึกษาและการวิจัย ทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติ แต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรคและทำให้มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมได้ มากขึ้น ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับล่าสุดคือ DSM-5 เริ่มใช้พ.ศ.2556

2. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) เป็นระบบการ จำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับ ICD-10 เริ่มใช้พ.ศ.2535 การจำแนกโรคของทั้งสองระบบนี้เดิมมีส่วนที่แตกต่างกันอยู่ระดับหนึ่งแต่ในฉบับล่าสุดของทั้งสองระบบนี้ แนวคิดส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน โดยต่างก็พยายามปรับให้ใกล้เคียงกัน (ดูในตารางกลุ่มโรคใน DSM-5และICD-10) ใน ที่นี้จะใช้ระบบการจำแนกโรคของ DSM-5 เป็นหลัก เพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปในทางเดียวกันและเพื่อความสะดวก ในการศึกษา เดิมมักนิยมแบ่งโรคทางจิตเวชออกคร่าวๆเป็นกลุ่ม organicกับ functionalโดยมีความคิดว่ากลุ่ม organicคือ โรคที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีวภาพ ในขณะที่กลุ่ม functional เป็นมาจากปัจจัยทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคจิตหากเกิดจากเนื้องอกในสมองหรือจากการเสพยาจะจัดอยู่ในกลุ่ม organicแต่หากไม่พบสาเหตุอะไรก็จัด อยู่ในกลุ่ม functional เช่น โรคจิตเภท แต่ปัจจุบันเราทราบว่าโรค

จิตเภทไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูหรือปัญหาทางจิตใจ แต่เป็นจากความผิดปกติทางกายภาพในระดับเซลล์และสารสื่อประสาท กรณีเช่นนี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคอารมณ์ สองขั้ว โรคแพนิค เป็นต้น การแบ่งกลุ่มเช่นนี้จึงใช้กันน้อยลงเพราะมักทำให้เข้าใจผิด หากจะมีการใช้คำว่า organic อยู่บ้าง ซึ่งหมายถึงภาวะที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือจากยาและสารต่างๆ เท่านั้น

#### หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

1) syndromal approach กลุ่มอาการ (syndrome) หมายถึง กลุ่มของอาการที่มักพบว่ามี ความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน และมีการดำเนินโรคหรือการพยากรณ์โรคที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือกลไกของความผิดปกติที่ชัดเจน การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่แล้วจะอิงลักษณะกลุ่มอาการของผู้ป่วย เนื่องจากสาเหตุของความผิดปกติมักประกอบด้วยหลายๆ ปัจจัยร่วมกันหรือบางโรคยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ตามหลักการนี้จะวินิจฉัยโรคโดย ดูความผิดปกติในแง่ของกลุ่มอาการและการดำเนินโรคมกกว่าการหาอาการใดอาการหนึ่งที่เป็นอาการเจาะจงของ โรค (pathognomonic symptom)

2) hierarchy principle เป็นการวินิจฉัยโรคโดยเรียงตามลำดับความครอบคลุมของอาการ ตามแนวคิดนี้ โรคทางจิตเวชแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม ดังภาพแสดงด้านล่าง ซึ่งความผิดปกติกลุ่มต้นๆ หรือกลุ่มพื้นฐาน จะเป็นกลุ่ม ที่ทราบถึงสาเหตุทางกายภาพของความผิดปกติหรือเป็นจากความผิดปกติภายในตัวผู้ป่วย ส่วนกลุ่มท้ายๆ เป็นจาก ปัญหาภายนอกของโรคในกลุ่มต่อมาได้กลุ่มท้ายๆ จะขาดอาการบางอาการที่เป็นลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคที่อยู่ เหนือขึ้นไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยติดสุราแล้วหยุดกะทันหันจะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับที่พบใน anxiety disorders และบางครั้งอาจมีอาการสับสน เพื่อ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่มีใน anxiety disorders เป็นต้น ตามหลักการนี้เชื่อว่า บางอาการที่สำคัญนั้นเป็นอาการที่อาจพบเกิดขึ้นก่อนหรือหลัง หรือพบเกี่ยวโยง กันได้กับโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่าซึ่งต้องให้ความสนใจสืบค้นว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นจากโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่า ได้หรือไม่ เพื่อการรักษาจะได้แก้ไขปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่สุด

3) parsimony principle การวินิจฉัยจะพยายามมองอาการตลอดจนปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็น โรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว มากกว่าการคิดว่าผู้ป่วยมีหลายๆ โรคซับซ้อน ยุ่งยาก โดยการอธิบายถึงการเกิดอาการ หรือความสัมพันธ์ของอาการต่างๆ ให้ไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ครอบคลุมอาการของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งมักใช้ หลักการ hierarchy ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยในระยะหลังพบว่าผู้ป่วยอาจมีโรคหลายโรคร่วมกันได้และจะวินิจฉัยโรคทั้งหมด ที่พบหากผู้ป่วยมีอาการที่ชัดเจนตามเกณฑ์จริงๆ เราเรียกว่าโรคร่วม (comorbidity)คือโรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็น โรคหลักของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจมีโรคแพนิคเป็นโรคร่วมได้หากมีอาการของโรคแพนิคครบตามเกณฑ์ การวินิจฉัย เป็นต้น

#### แนวการวินิจฉัยโรค ในการวินิจฉัยโรค

ผู้วินิจฉัยควรระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ได้

1. อาการสำคัญ ใช้คำถามว่า ทำไมผู้ป่วยจึงต้องมาพบแพทย์ ณ เวลานี้ (Why now?)  
2. อาการและอาการแสดง พยายามมองอาการย่อยๆ เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) แล้วเทียบกับเกณฑ์ วินิจฉัยโรคที่มีอยู่ 3. การดำเนินโรค ได้แก่ อาการนำ (prodrome) เหตุการณ์ระหว่างนั้น ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและอายุ ที่เริ่มป่วย (duration and age of onset) เป็นส่วนที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในกรณีที่บางโรคอาจ มีอาการขณะพบแพทย์ (cross-sectional symptoms) คล้ายคลึงกัน หรือช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีอาการสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก

4. การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย แยกจากโรคที่เป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย จากยาหรือสารเสพติด

5. การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชแยกจากโรคทางจิตเวชอื่นที่มีลักษณะกลุ่มอาการคล้ายคลึงกัน ประเด็นหลักในการประเมิน

หลังจากพบผู้ป่วยแล้วผู้วินิจฉัยจะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เพื่อการวางแผนในการช่วยเหลือ รักษาที่ครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรค โรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นเครื่องบ่งชี้แนวทางในการรักษา เช่น หากเป็นโรคจิตเภท การรักษาสำคัญคือการรักษาด้วยยา ขณะที่หากผู้ป่วยเป็น adjustment disorder การรักษาสำคัญคือ การให้คำปรึกษาหรือจิตบำบัด

2. ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (problem oriented) ปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลหรือให้ความสำคัญในบางครั้งอาจจะ เป็นคนละประเด็นกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้นอนไม่หลับ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า แต่ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกังวลใจคืออาการปวดศีรษะ หากแพทย์มุ่งรักษาโรคซึมเศร้าโดยไม่ สนใจรักษาบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วย อาจมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดครั้ง ต่อไป เนื่องจากอาการปวดศีรษะไม่ดีขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อโรค ควรมองทั้งปัจจัยด้านกาย จิต และสังคม ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเหล่านี้ผู้ตรวจต้องเข้าใจผู้ป่วยในแง่ของพัฒนาการบุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย การปรับตัว ตลอดจนข้อดีข้อด้อยของผู้ป่วยและเข้าใจถึงผลกระทบของความกดดันต่างๆที่มีต่อผู้ป่วย

4. การรักษาการวางแผนการรักษาต้องมองให้ครอบคลุมการดูแลรักษาทั้งด้านกายจิตและสังคม ซึ่งในผู้ป่วย แต่ละคนจะเน้นหนักในแต่ละด้านแตกต่างกัน

5. การพยากรณ์โรค ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคนอกจากจะคำนึงถึงตัวโรคเองโดยตรงแล้ว ยังต้อง คำนึงถึงบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษา การช่วยเหลือจากญาติและคนใกล้ชิด รวมถึงปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

#### ความรู้เรื่องจิตเวชฉุกเฉิน

จิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงเช่น ก้าวร้าวคลุ้มคลั่งสับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ อาการดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ อย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่ายโดยการประเมินอาการ/พฤติกรรมและวางแผนดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้จิตเวชฉุกเฉินแบ่งตามพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมี 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) 2) พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึง การกระทำ ใดๆก็ตามที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้โดยพฤติกรรม การฆ่าตัวตายนั้น มักจะมีองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) พฤติกรรมขู่ฆ่าตัวตาย (suicide threats) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลให้ตนเองเสียชีวิตด้วยฝีมือตนเอง ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึงความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยอาจมีความคิดและ มีการวางแผนการกระทำ ร่วมด้วย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตแต่ไม่ สำเร็จ การทำ ร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึง การตั้งใจทำ ร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ให้ เสียชีวิต แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) หมายถึงการพยายามฆ่าตัวตาย/ ทำ ร้ายตนเองที่ไม่รุนแรง ไม่ตั้งใจจะทำให้เสียชีวิตอาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำยังอยาก มีชีวิตอยู่ต่อและต้องการความช่วยเหลือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed suicide) หมายถึงผู้กระทำ มีความคิดตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองและกระทำ ได้สำเร็จ

พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) หมายถึง การแสดงออกของแรงขับก้าวร้าว (aggressive drive) เพื่อมุ่งทำลายในระดับสูงสุด บุคคลจะ แสดงออกถึงการขาดสติขาดการควบคุมตนเอง และไม่สามารถสื่อความต้องการของตนเองในทางที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมรุนแรงจะแสดงออกทางคำ พูด การกระทำ หรือทั้งสองอย่างที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง และผู้อื่น สาเหตุคือ

### 1. โรคทางจิตเวช

1.1 โรคจิตเภท (schizophrenia) จะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ได้ยินเสียงซู่จะทำร้ายสิ่งให้ทำร้าย ผู้อื่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย ทำให้เกิดความกลัวอย่างมากและพยายามป้องกันตนเองจาก อันตรายเหล่านั้น จึงแสดงพฤติกรรมรุนแรง

1.2 โรคจิตเวชอื่นๆ (other psychiatric disorders) ได้แก่โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder), โรคอารมณ์สองขั้วแมนี (bipolar mania), psychotic depression, บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders), โรคแพนิก (panic disorder), โรควิตกกังวล (another severe anxiety disorders), post-traumatic stress disorder

### 2. โรคทางกาย

2.1 โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง (organic brainsyndrome) เช่น ลมชักเนื่องออกฝืนสมอง สมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น

2.2 ภาวะผิดปกติจากการใช้สุรา/สารเสพติดโดยเฉพาะในระยะหยุด/ถอน (withdrawal) ซึ่งมัก จะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ลูกลึกลุกลน และเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

2.3 ความไม่สมดุลของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (metabolic imbalance) ระบบต่อมไร้ท่อ ไม่สมดุล (endocrine imbalance) และโรคทางกายอื่นๆ เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ ภาวะขาด ออกซิเจนจากโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

### 3. การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม

3.1 การใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการแสดงความก้าวร้าวอยู่เป็นประจำ เช่น บิดามารดา ทะเลาะวิวาท ใช้กำลัง ใช้วาจาหยาบคาย ทำร้ายซึ่งกันและกัน เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าการใช้ความรุนแรงเป็น กลไกหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน

3.2 ความเชื่อและค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม: อยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่มีความเชื่อและค่านิยม ว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของคนที่มีพลังกำลังและเป็นหนทางที่ได้ มาซึ่งพลังอำนาจโดยเฉพาะผู้ชายจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังกำลังมากกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้ชาย มีการแสดงความก้าวร้าวรุนแรงได้มากกว่าผู้หญิง

3.3 ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม: อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันในลักษณะต่างๆ เช่น ความยากจน ขาดแคลนอาหารไม่มีงานทำ ขาดโอกาสทางการศึกษา มีการแข่งขัน แก่งแย่ง เป็นต้น จะทำให้ต้องดิ้นรน ต้องสู้เพื่อการดำรงชีวิตและเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งจะเพิ่มระดับ ความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

### พฤติกรรมรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมรุนแรงทางคำ พูด เป็นลักษณะคำ พูดที่บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น ตะโกนส่งเสียงดังด้วยความโกรธด่าว่าด้วยคำ หยาบคายสาปแช่งอย่างรุนแรงตะโกนว่ากล่าวดูถูกวิพากษ์วิจารณ์ ชูตะคอกผู้อื่นอย่างรุนแรง พูดด้วยน้ำเสียงห้วนๆ กระแทกกระทั้น ช่มชู้คุกคาม เป็นต้น

2. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง เช่น ชกตีหยิก ข่วน ดึงผม ใช้ศีรษะโขกพื้นผนัง ใช้กำปั้นชกกำแพง กรีดข้อมือ/ แขน กินยาเกินขนาด เป็นต้น

3. พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น เช่น ชกต่อย ตบตีใช้อาวุธ/ อุปกรณ์ต่างๆ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น โดยทำให้เกิดรอยช้ำ บวม ฟกช้ำ กระจกหัก มีบาดแผล เป็นต้น

4. พฤติกรรมรุนแรงด้านสิ่งของ/ ทรัพย์สิน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ทบทำลาย/ ขว้างปาข้าวของเครื่องใช้เผาบ้าน เป็นต้น พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพซึ่งมักเป็นบุคคลแรก ที่เข้าไปประเมินและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีความรู้มีทัศนคติที่ดีมีทักษะและทำงานร่วมกันเป็นทีมด้วยความรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยและผู้อื่นได้

#### การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น ต้องการความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้สถานการณ์ของความฉุกเฉินและความจำกัดของเวลา รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และมีเป้าหมายรองลงมาคือ การช่วยลดความรู้สึกใน ระดับรุนแรงของผู้รับบริการ

#### หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่งตามขั้นตอนในแต่ละช่วงเวลา เพื่อเป็นการลดความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์

2. ปฏิบัติการช่วยเหลือตามความต้องการที่จำเป็นและความต้องการในสถานการณ์เฉพาะหน้าขณะนั้น

3. ช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โดยต้องคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่สามารถยอมรับได้

#### การตรวจและบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พยาบาล

คัดกรองอาการสำคัญและการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินทุกรายและ จัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล (priorities of care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย แต่ละราย

#### แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น (primary assessment) ด้วยการประเมินภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างรวดเร็วซึ่งสัมพันธ์กับอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสำคัญที่มีอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยผู้อื่นและทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาจำกัดพฤติกรรมทันทีและตรวจสอบอาวุธในตัวผู้ป่วย

2. วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เพื่อจัดระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง วินิจฉัยและวางแผน ให้การดูแลช่วยเหลือบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้

3. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ตามแนว ปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน

4. รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีการบำบัด รักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

5. บันทึกข้อมูลการคัดกรองทางจิตเวชเบื้องต้นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

5.1 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกรับ

5.2 การประเมินภาวะทางจิตอารมณ์เพื่อแยกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิตเวช

5.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยา การใช้สุรา ยา/ สารเสพติด โรคประจำตัว และ

การแพ้ยา

5.4 สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว หรือสัญญาณทางระบบประสาท (neurological signs) มีอาการ ผิดปกติทางระบบประสาท หรือได้รับบาดเจ็บทางสมอง

5.5 ผลการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

#### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการคัดกรอง (mental health triage) และประเมินปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยแพทย์/พยาบาล
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนของการเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยผู้อื่น และทรัพย์สินได้อย่างทันที่
4. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

#### 2. การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (secondary survey) อย่างละเอียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม จิตวิญญาณ และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (ongoing assessment) ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินแต่ละราย แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยแต่ละประเภทตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง
2. ประเมินอาการต่อเนื่อง (ongoing assessment) และดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคทางจิตเวช หรือการเจ็บป่วยทางกายตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกฉุกเฉิน
3. บันทึกผลการประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบบันทึกหรือแฟ้มประวัติ (OPD card) และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

#### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกรายได้รับการประเมินและแก้ไขอาการสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สินได้อย่างทันที่
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกรายได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง/ อาการผิดปกติตลอดเวลาที่อยู่ในแผนกฉุกเฉิน

#### แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติเช่น มีอาวุธ ประสาทหลอน อารมณ์หงุดหงิด ท่าทีก้าวร้าว ทางวาจา (พูดเสียงดังข่มขู่) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ ผู้อื่น/ ทำลายทรัพย์สิน

2. พยาบาลประเมินอาการและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) ผลคะแนนที่ได้มีดังนี้

คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พูดเสียงดัง แต่ยังสามารถ รับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้เป็นต้น

คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

#### 3. แนวทางการจัดการตามคะแนน OAS

OAS = 1

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ



2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายอารมณ์ความรู้สึก
3. พูดคุยให้สงบอารมณ์
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก4-6ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรคให้การรักษาค่า ประึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

OAS = 2

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ
2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย พร้อมแจ้งทีมช่วยเหลือเพื่อเตรียมความพร้อม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา (Haloperidol 5 mg IM ประเมินซ้ำถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก30นาทีรวม 3ครั้งและ/หรือDiazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก4-6ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรคให้การรักษาค่า ประึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

OAS = 3

1. ประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
2. ขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรม
3. ประเมินและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา/ ฉีดยา (Haloperidol 5 mg IM ประเมินซ้ำถ้าอาการไม่สงบสามารถฉีดซ้ำได้ทุก30นาทีรวม 3ครั้งและ/หรือDiazepam 10 mg IV) ร่วมด้วย เพื่อควบคุมพฤติกรรม
4. เฝ้าระวัง/ควบคุมพฤติกรรม
5. ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำทุก4-6ชม. เพื่อวินิจฉัยแยกโรคให้การรักษาค่า ประึกษา จากจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการส่งต่อหรือดูแลต่อเนื่อง

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อ ตนเอง	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก ฯลฯ ทา ร้ายผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ซา เคล็ด บวม เกิด บาดแผล กระดูกหัก หรือเกิด การบาดเจ็บของอวัยวะ ภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึง ผม โขกศีรษะตัวเองเป็น รอย ขนาดเล็ก	

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
2. พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการ แสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉ่นจะฆ่าแกง ฯลฯ ทำร้าย ผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ซ้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดุกหัก หรือเกิด การ บาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำ สกปรก รุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำ ท่าต่อย ลม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือตีงม ผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3. พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง ต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัด กระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือ สิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุด ไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง เตะ ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของ กระจัดกระจาย

#### การแปลผลคะแนน

การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำ เตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง
2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่ อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง
3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบครบวงจรเหมือนกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช กรมสุขภาพจิตได้จัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่มีคดี 3 แนวทาง ได้แก่

- 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยนอก
- 2) การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกรณีผู้ป่วยไม่มารับการรักษา ต่อเนื่องที่สถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช
- 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแผนกผู้ป่วยในและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง

กรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี 1 แนวทาง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่มีคดีแต่อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวยังไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายภายนอกกรมสุขภาพจิตมากนักยังไม่ได้พูดถึง การแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษา รวมทั้ง การผลักดันให้มีการขับเคลื่อนบังคับใช้พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนและ ประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างเครือข่ายงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ตำรวจ อปต./ อปท. แกนนำชุมชน/ อสม. บุคลากรสาธารณสุข หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อ จ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้ ปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินมีหลายประการ ปัญหาสำคัญที่พบในชั้นการนำส่งคือตำรวจ ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วย เข้าสู่การรักษาเป็นต้น ชั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มีการย้ายงานหรือบุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุข ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ชั้นจำ หน่าย พบปัญหาไม่มีที่รองรับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการดำ เนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัญหา ที่สำคัญอีกเรื่องคือ ทักษะคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่ สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ นอกจากนั้นมี 4-5 ใน 10 คนที่คิดว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัวต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วยดีตราบাপ ทักษะคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไข ปัญหาการอยู่ ร่วมกัน ระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั่นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นบทบาทของชุมชนกับการดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ครอบคลุม อาการแสดงมีความซับซ้อน และมีรูปแบบแตกต่างกันไป การเฝ้าระวังสังเกตหรือค้น ปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ครอบครัว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)/ แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชน ญาติหรือผู้ป่วย จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าใจ ปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหา รวมทั้งอาการผิดปกติโดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และ พฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม

### 2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1  ต่อตนเอง ตามที่พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขาจิตวิทยาคลินิกเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2546 โดยกฎหมายมาตรา 11 บัญญัติให้บุคคลที่จบการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกหรือกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิกเป็นวิชาเอกที่จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกจะต้องมีความรู้ในวิชาชีพ คือเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาจิตวิทยาคลินิก และได้ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือองค์กรใดที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกรับรองมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน และต้องสอบความรู้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกกำหนด

2.3.2  ต่อหน่วยงาน ...พัฒนาสมรรถนะบุคลากรสำนักการแพทย์ ภายใต้กลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคลพื้นฐานของผลงาน และเกณฑ์สมรรถนะของสำนักการแพทย์ และสอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2561 – 2570) ด้านที่ 7 การบริหาร

จัดการเมืองมหานคร มิติที่ 7.3 การบริหารทรัพยากรบุคคล เป้าประสงค์ที่ 7.3.1.1 บุคลากร กรุงเทพมหานครเป็นผู้ปฏิบัติงานแบบมืออาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม และเป็นที่ยึดมั่นของประชาชน

### ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

- 3.1  การปรับปรุง ได้รับการตอบรับจากสถาบันที่เปิดสอนกระชั้นชิด มีผลต่อการดำเนินการขอ อนุมัติบุคลากรเข้าฝึกอบรมตามวันเวลาที่กรุงเทพมหานครกำหนด
- 3.2  การพัฒนา ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอด ให้กับบุคลากรในหน่วยงานตนเอง

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สถาบันที่เป็นสถานที่ในการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกเป็นหน่วยงานใน สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขกรมสุขภาพจิต ซึ่งระบบการรักษาและการส่งต่ออาจมีความแตกต่างจากโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร หากโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีศักยภาพเป็นสถาบันในการฝึกปฏิบัติงานด้าน จิตวิทยาคลินิก จะทำให้สามารถนำความรู้มาใช้ได้ตรงกับบริบทของกรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ.....*จินตหรา มีถาวร*.....ผู้รายงาน  
(นางสาวจินตหรา มีถาวร)  
นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

### ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....*จรินทร์ อินทรบุรินทร์*.....หัวหน้าส่วนราชการ  
(นายจรินทร์ อินทรบุรินทร์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

การประเมินพฤติกรรม  
ก้าวร้าวรุนแรง  
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

# Overt Aggression Scale



การฝึกอบรม หลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้าน  
จิตเวชศาสตร์ รุ่นที่ 15/2566



## OAS = 1 ( กิ่งแรงด่วน )

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถ  
รับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ เช่น ส่งเสียงดัง  
ตะโกนด่าผู้อื่น ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม ปานกลาง  
ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

## OAS =

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง  
ที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ มีท่ากัอันตรายต่อ  
ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ใน  
กลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง



## OAS = 3 ( ฉุกเฉิน )

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง  
ที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จนเกิดอันตราย  
ต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่  
ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที



## การนำไปใช้

ส่งให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตั้งภาครัฐและ  
เอกชน เช่น อสม.แกนนำชุมชน เขต โรงเรียน  
ตำรวจ เป็นต้น เพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจาก  
ชุมชนมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของหน่วยบริการ

สาธารณสุข



นางสาวจินตหรา มีถาวร  
นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

