



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health



มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง



Standard Operating Procedures : SOPs

Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care)

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่





มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Standard Operating Procedures : SOPs

Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care)

ISBN 978-974-296-980-6

จัดทำโดย : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม 2566

จำนวนพิมพ์ : 20,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด

ขอบคุณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) โดยแผนงานนโยบาย
สาธารณะด้านสุขภาพจิตที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำคู่มือ





คำนิยาม

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Severe Mental Illness–High Risk to Violence; SMI-V) ซึ่งแม้จะเป็นส่วนน้อยของปัญหาความรุนแรงทั้งหมด แต่เป็นสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ด้วยระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การส่งต่อผู้ป่วยด้วยบริการจิตเวชฉุกเฉิน เข้าสู่การรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในทุกจังหวัด ตลอดจนการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงในชุมชนจะสามารถช่วยลดภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหา จึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้ครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับ และพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาสการรักษาเหมาะสมเท่าเทียม และไม่ถูกตีตราจากสังคม ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2562 และคณะทำงานบูรณาการคัดกรองบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ซึ่งจะมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานของทั้งสองคณะให้เหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมาย

คู่มือการปฏิบัติงานแบบบูรณาการทั้งการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติด รวมทั้งความรู้ด้านกฎหมายต่างๆ ที่ทันสมัย จะเป็นเครื่องมือช่วยใ้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดเข้าใจบทบาทภารกิจตามกฎหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาลและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ

ในโอกาสนี้ขอขอบคุณหน่วยงานทุกภาคส่วน และบุคลากรทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

(นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข





คำนิยม

จากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะเหตุการณ์ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู สะท้อนให้เห็นว่า การใช้ความรุนแรงในสังคมส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน และผลกระทบต่อจิตใจของประชาชนในวงกว้าง

การสร้างสังคมที่ปลอดภัย จึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนและทุกภาคส่วน หากมีความเชื่อเดียวกันว่า ความรุนแรงเป็นเรื่องยอมรับไม่ได้ และความปลอดภัย สำหรับประชาชน เป็นเรื่องที่ต้องสร้างให้เกิดหลักประกันขึ้น การที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมทั้งร่วมกันค้นหา ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบไร้รอยต่อให้ทุกคนได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน มีโอกาสได้รับการดูแล เข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม และได้รับการคุ้มครองดูแล ในสภาพแวดล้อมแห่งความรักและความเข้าใจ ก็จะเป็นการร่วมกันสร้างการเปลี่ยนแปลง และสร้างสังคมไทยที่ปลอดภัยต่อไป

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการกำหนด มาตรการ กลไก นโยบายทางสังคม และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคมทุกมิติการทำงาน ร่วมกับทุกภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V (V-Care) ถือเป็นโอกาสสำคัญในการร่วมสร้างสังคมไทยที่ปลอดภัย ขอขอบคุณทุกภาคีเครือข่ายที่เป็นพลังสำคัญ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคมให้หมดไป เพื่อความมั่นคงที่ยั่งยืนของสังคมไทยต่อไปในอนาคต

(นายอนุทิน ปัดแก้ว)

ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์





คำนิยาม

การดำเนินงานด้านยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติภารกิจ ปราบปราม และแก้ปัญหา ยาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปี พ.ศ. 2566 โดยเฉพะนโยบายและข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 ให้มีการจัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชุดรักษาความปลอดภัย หรือจัดเจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการค้นหาคัดกรอง ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness – High Risk to Violence: SMI-V) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าวอันเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ

กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนขับเคลื่อนที่สำคัญทั้งด้านสุขภาพของสาธารณสุขชนทุกคน และสุขภาพจิตที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ซ่อนอยู่ลึกภายในจิตใจ และต้องใช้ความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพร่วมกันในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพกายและใจในระดับบุคคล และเสริมความเข้มแข็งความผูกพันในครอบครัวให้มีความแข็งแกร่ง และมีกำลังที่สำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อ่อนแอ หรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ การปฏิบัติงานดูแลผู้มีโอกาสก่อความรุนแรง ภายใต้ความร่วมมือร่วมใจของทุกคน จะเป็นพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมและประชาชนให้มีความสุขกาย สุขใจ และความปลอดภัยสำหรับทุกคน

พงษ์ ธรรมวุฒิ
(นายแพทย์ยศ ธรรมวุฒิ)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข





คำนิยาม

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของคนไทย ตลอดจนตระหนักถึงปัญหาการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในสังคม การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านความมั่นคง เช่น ท้องถิ่น ตำรวจ และภาคประชาชน ภายใต้ **คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care)** ครอบคลุมการค้นหา การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบไร้รอยต่อ นับว่าเป็นโอกาสสำคัญในการขยายพัฒนาการบริการสุขภาพจิตเวชและยาเสพติดเชิงรุกสู่พื้นที่ทุกจังหวัด เพื่อส่งมอบสังคมที่ปลอดภัยให้กับประชาชนทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช ความปลอดภัยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ความปลอดภัยของชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ ความปลอดภัยของสังคมโดยรวม และการนำกลับมาสู่ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

ขอแสดงความชื่นชมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ช่วยกันร่วมแรงร่วมใจพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (V-Care) เพื่อให้เกิดระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V (V-Care) และขอขอบคุณสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่ได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิตพัฒนาคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ **“ผู้ป่วยปลอดภัย ชุมชนปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย”**

(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต





คำนำ

ปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้นทั้งในครัวเรือนและในชุมชน เมื่อติดตามสถานการณ์ความรุนแรงในสังคม ใน 5 เดือน (พ.ค.-ก.ย. 2565) จำนวน 2,300 ข่าว พบว่าร้อยละ 18 ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ร้อยละ 22 ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 38 ของความรุนแรงมาจากการตีศีรษะ และพบว่าสถานที่เกิดเหตุพบในชุมชนมากกว่าในบ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วยในปีงบประมาณ 2565 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากความรุนแรงสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7, 8 และ 11 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) แม้ผู้ก่อความรุนแรงส่วนใหญ่จะไม่ใช่วัยจิตเวชและยาเสพติด แต่ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ จากกรณีความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดหนองบัวลำภู กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งด่วนในการรองรับการปฏิบัติงาน ดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตด้วยกลไกกระตุ้นให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน การเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งและให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพ ทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ด้วยระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ กรมสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงจัดทำ “คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)” เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านความมั่นคง และฝ่ายปกครอง เพื่อความปลอดภัยของคนไทยทุกคนต่อไป

คณะผู้จัดทำ





สารบัญ

หน้า

1. บทนำ	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. คำนิยาม	3
4. กรอบแนวคิด V-Care	5
■ SMI-V Scan	6
■ SMI-V Case management	6
5. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)	7
■ รายละเอียดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)	8
■ การจัดการรายกรณี (Case management)	10
6. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564	12
7. บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	19
■ บทบาทของทีมนิเวศน์สุขภาพระดับจังหวัด	19
■ บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)	20
■ บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่	23
■ บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	24
■ บทบาทของตำรวจ 191	25
■ บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669	25
■ บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด	26
■ บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์	27
8. การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	28
9. ระบบติดตามและการประเมินผล	29
ภาคผนวก	31
• เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย SMI-V	32
• แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย	34
• แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล	35
• เอกสารอ้างอิง	36
• คณะผู้จัดทำ	38





บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังการระบาดของโรคโควิด-19 คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2565 กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง

จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2565 จำนวน 27,518 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาวะโรคและความสูญเสียของสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี





2

มาตรฐานการปฏิบัติงาน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



วัตถุประสงค์



1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อให้ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง และส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา ฟื้นฟู และเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและครอบครัวได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถอยู่ในชุมชนได้ ไม่กลับมาป่วยซ้ำ กำเริบซ้ำ หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น





คำนิยาม

1. ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI)

(กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์พลภาพ กระทบต่อการใช้ชีวิตปกติ 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/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)





4

มาตรฐานการปฏิบัติงาน
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง



3. SMI-V Low Risk หมายถึง ผู้ป่วย SMI ที่เคยมีความเสี่ยงสูงต่อ

การก่อความรุนแรง แต่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี และมีมิตรร่วมของที่จัดการรายกรณีว่าความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ลดลงแล้ว โดยต้องมียोगค์ประกอบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด
2. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตลอดช่วง 5 ปี
3. ไม่ใช้สุรา และยาเสพติด
4. ครอบครัว และชุมชนร่วมดูแล และเฝ้าระวังความรุนแรง
5. ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน

และวางเพลิง





กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)



ความรอบรู้
ของสังคมใน
ประเด็น
SMI-V &
Suicide



สิทธิประโยชน์
ในการดูแล
ผู้ป่วย
ครอบครัว
ชุมชน
(Benefit
package)

กรมสุขภาพจิตพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care) มุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย โดยหน่วยงานในพื้นที่สามารถให้บริการประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ พื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนอย่างเป็นระบบด้วยสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตามเป้าหมาย “ผู้ป่วยจิตเวชปลอดภัย สังคมไทยปลอดภัย”

V-Care คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness High Risk to Violence) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยสำเร็จ 2 ประการ เพื่อควบคุมป้องกันความรุนแรง คือ 1) การเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อาการยังไม่รุนแรง ทำให้สามารถควบคุมได้ง่ายและ 2) การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ V-Care จึงประกอบด้วย 2 ระบบย่อยที่สำคัญ คือ





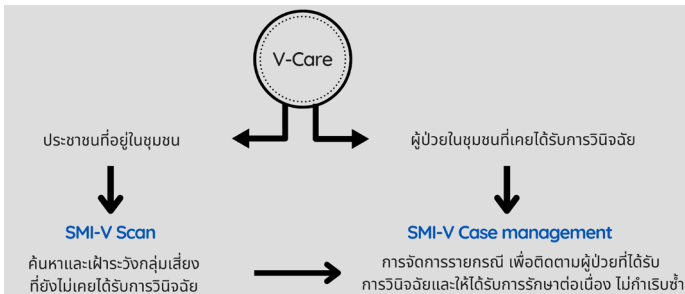
SMI-V Scan



หมายถึง การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง SMI-V โดยครอบครัว ชุมชน สังเกต พฤติกรรมเสี่ยงได้จาก 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง หากพบสัญญาณเตือน 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน แนะนำ เข้าสู่ระบบบริการ สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินวินิจฉัยโรค และได้รับการดูแลตามโรคและสภาพปัญหารายบุคคล ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 43.80 ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่นำส่ง โรงพยาบาลด้วยระบบ 1669 เป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย SMI-V Scan จึงช่วยในการค้นหาและนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบดูแลรักษา ทั้งนี้ ทุกครอบครัว ควรได้รับการเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan ปีละ 1 ครั้ง ส่วนครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงควรถูกส่งต่อเข้ารับการเยียวยาจิตใจด้วย

SMI-V Case management

หมายถึง การจัดการรายกรณี หรือ Case management เป็นการใช้ ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันทั้งประวัติการเจ็บป่วย ที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา ปัญหาสังคม จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น เพื่อวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดในชุมชนตามสภาพปัญหาเฉพาะรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ป้องกัน อาการกำเริบหรือก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ





แนวปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)



ผู้รับผิดชอบ

ประชาชน

ผู้รับผิดชอบ

ญาติ/ครอบครัว/
ผู้ดูแล/คนในชุมชน

1. ผู้ป่วยจิตเวช

2. ประชาชนในชุมชน
ได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน
SMI-V Scan 5 ข้อ

ครอบครัว ญาติ
ตำรวจ ฝ่ายปกครอง
และทีมหมอครอบครัว

ผู้รับผิดชอบ
งานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล

1.1 จำแนกประเภท
ตามเกณฑ์ SMI-V

ผู้รับผิดชอบ
งานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล

1.2 SMI-V
หรือไม่
1.3 ดูแลรักษา
ตาม Dx.

2.1 SMI-V Scan
อย่างน้อย
1 ข้อ

ไม่
2.2 เฝ้าระวัง
ความเสี่ยง SMI-V
Scan ปีละครั้ง

ครอบครัว/
ญาติ/ ตำรวจ
ฝ่ายปกครองและ
ทีมหมอครอบครัว

ผู้รับผิดชอบ
งานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล

ใช่
1.4 ดูแลรักษาตาม
Protocol รายโรค

ใช่
2.3 ตรวจวินิจฉัย
แยกโรค

ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล

ผู้รับผิดชอบจัดการพฤติกรรม
คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว
ที่มีปฏิบัติการถูกเดินและนำส่ง
กรณีคลุ้มคลั่งในชุมชน

ไม่
1.5 อาการสงบ
หรือไม่
1.6 ส่งต่อ

ไม่
2.4 SMI
หรือไม่

ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล

ผู้รับผิดชอบข้อมูล
ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
Case manager
ตำรวจ 191 สพด. 1669
ฝ่ายปกครอง และ ผู้นำชุมชน

ใช่
1.7 จำหน่ายและ
ดูแลด้วยระบบ SMI-V
Case Management

2.5 ดูแลรักษา
ตามรายโรค

ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด
ในสถานพยาบาล





รายละเอียดแนวปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care)

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. ประชาชนทั่วไป

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วย SMI-V มีรายละเอียดแยกตามช่องทางหลักและเส้นทางการรับบริการ ดังนี้

1. หากวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.1 ให้พิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ SMI-V หรือไม่
 - 1.2 จำแนกประเภทพฤติกรรมก่อความรุนแรงเป็น 4 ประเภท (SMI-V 1-4)
 - 1.3 หากไม่พบพฤติกรรมก่อความรุนแรง สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยแยกโรค
 - 1.4 หากพบพฤติกรรมก่อความรุนแรงประเภทใดประเภทหนึ่ง (SMI-V 1-4) สถานพยาบาลดูแลรักษาตาม Protocol รายโรค
 - 1.5 ประเมินอาการคลุ้มคลั่งว่าสงบเพียงพอที่จะทำการรักษาในสถานพยาบาลนั้นๆหรือไม่ ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) หรืออื่นๆที่คุณสมบัติใกล้เคียงกัน





1.6 หากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการไม่สงบ ให้ส่งต่อสถานพยาบาล เพื่อดูแลรักษาตามศักยภาพ



1.7 หากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอาการสงบ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยระบบ SMI-V Case Management ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ สามารถเข้ารับบริการได้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

2. ประชาชนในชุมชนทุกครอบครัว ได้รับการค้นหาเฝ้าระวัง ด้วย SMI-V Scan “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง” ทุก 1 ปี

2.1 หากพบสัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อ ประชาชนสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน เพื่อนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ รับการตรวจวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช

2.2 หากไม่พบสัญญาณเตือนข้อใดข้อหนึ่ง ควรเฝ้าระวัง SM-V Scan ปีละ 1 ครั้ง

2.3 สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยแยกโรค

2.4 สถานพยาบาลใช้เกณฑ์การจำแนก SMI-V พิจารณาว่าจัดเป็นผู้ป่วย SMI-V หรือไม่ ประเภทใด (SMI-V 1-4) หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชและพบพฤติกรรมก่อความรุนแรงประเภทใดประเภทหนึ่ง สถานพยาบาลดูแลรักษาตาม Protocol รายโรค (ตามข้อ 1.4)

2.5 หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่พบพฤติกรรมก่อความรุนแรง สถานพยาบาลดูแลรักษาตามการวินิจฉัยรายโรค (ตามข้อ 1.3)





การจัดการรายกรณี (Case management)



การจัดการรายกรณี เป็นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือน/อาการกำเริบ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในสถานพยาบาลทุกระดับ วางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนโดยนำข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติ ที่อยู่ ค่ายินยอมให้ติดตามเยี่ยม สิทธิการรักษา ปัญหาสังคมจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและครอบครัว เป็นต้น จากแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มาวางแผนติดตามร่วมกันทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน

2. พยาบาลวิชาชีพหรือสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายของสถานพยาบาลติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับเครือข่ายที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในชุมชนประเมินระดับอาการทางจิต พฤติกรรมความรุนแรงโดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน





3. จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทีมจัดการรายกรณี กำหนดผู้จัดการข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข และใช้ข้อมูลร่วมกับทีมสังคมและความมั่นคง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับผู้ป่วย โดยเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็น เพื่อความปลอดภัยของสาธารณสุข

4. พิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนร่วมกัน

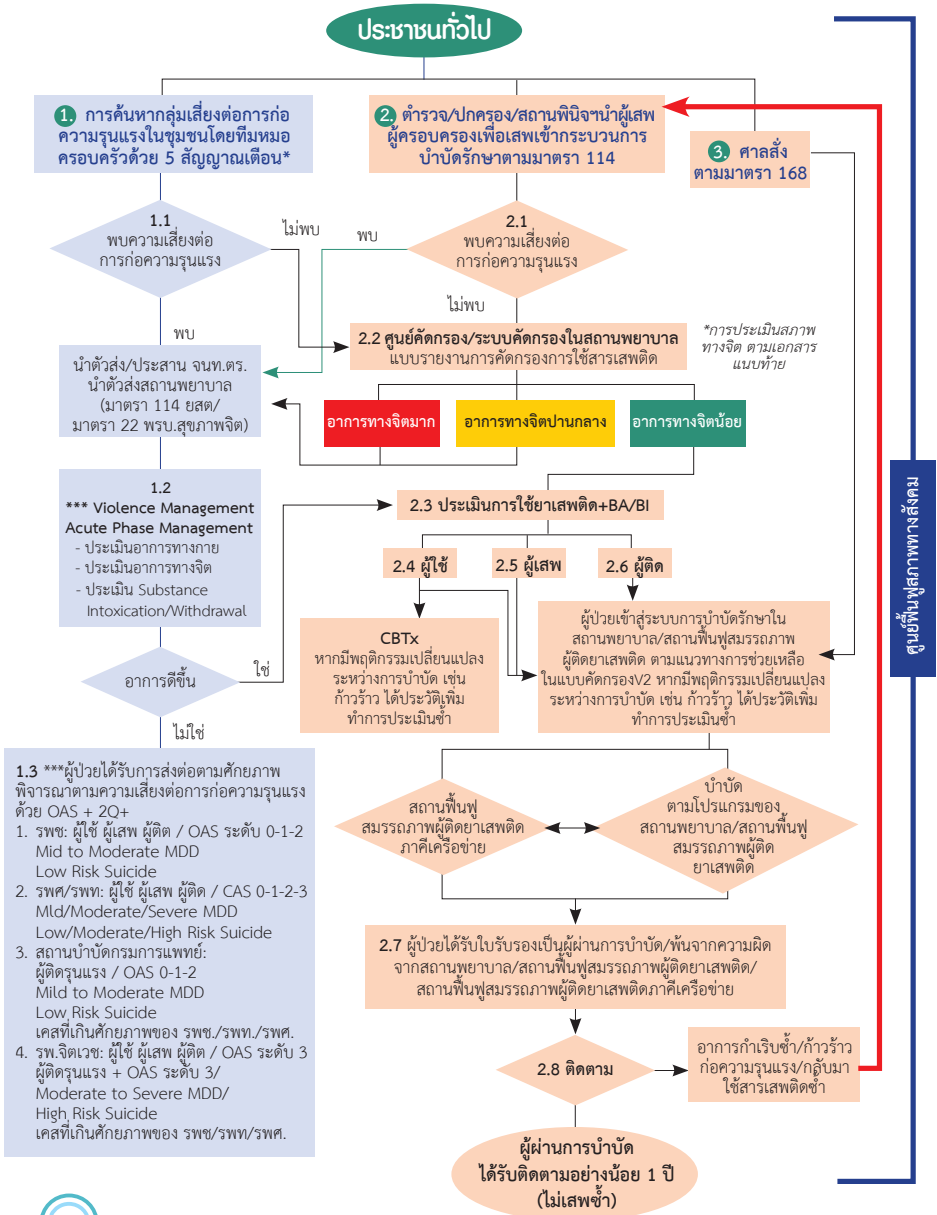
5. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่บ้านและในชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการรักษา และเฝ้าระวังความเสี่ยง ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทุก 1 เดือน 3 เดือน หรือจนกว่าเครือข่ายสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีแล้ว รวมถึงพิจารณาประชุมประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีอาการยุ่งยาก ซับซ้อน และปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งพิจารณายุติการใช้การจัดการรายกรณีร่วมกันของทีมทางด้านสุขภาพ สังคม และความมั่นคง โดยใช้เกณฑ์การสิ้นสุดการดูแล หรือเรียกว่า “SMI-V Low Risk”

6. ประสานสิทธิประโยชน์การดูแลช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพึงได้รับ เช่น กองทุนผู้ประกอบอาชีพ เป็นต้น





แนวปฏิบัติการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564





รายละเอียดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

กลุ่มเป้าหมาย

ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ซึ่งมาจาก 3 ช่องทางหลัก ดังนี้

1. การสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดย มหาดไทย/ผู้นำชุมชน/ญาติ (สำรวจและค้นหา โดยใช้การสังเกต 5 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต)
2. ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนนำส่ง
3. ตามคำสั่งศาล

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

มีรายละเอียดแยกตามช่องทางหลักและเส้นทางการรับบริการ ดังนี้

1. การสำรวจและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

1.1 กลุ่มญาติ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และทีมหมอครอบครัว เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนด้วย 5 สัญญาณเตือน ได้แก่ “ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง” สงสัยใช้ยาเสพติด แต่

- หากไม่พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่งต่อศูนย์คัดกรองเพื่อคัดกรอง ตามแบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด (ตามข้อ 2.2)

- หากพบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ไม่ว่าจะมีการใช้ยาเสพติดหรือไม่ ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวส่ง/นำตัวส่งสถานพยาบาล (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ม. 114 /พรบ.สุขภาพจิต ม.22)





การเฝ้าระวังควรทำซ้ำสม่ำเสมอทุก 6 เดือน เนื่องจากโรคจิตเวช และยาเสพติดเป็นภาวะเรื้อรัง อาจมีการกำเริบช่วงเวลาใดก็ได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการขาดยา

1.2 สถานพยาบาล ประเมินและให้การดูแลตามลำดับ ดังนี้

- 1) การจัดการภาวะก้าวร้าว (Violence Management)
- 2) การประเมินและดูแลภาวะฉุกเฉิน (Acute Phase Management)

ประกอบด้วย

- ประเมินอาการทางกาย
- ประเมิน Substance Intoxication/Withdrawal
- ประเมินอาการทางจิต ตามแบบประเมิน OAS และ 2Q+

(ตามเอกสารเพิ่มเติม)

1.3 สถานพยาบาลบำบัดรักษาและดูแลเบื้องต้น

- หากอาการดีขึ้น ประเมินการใช้ยาเสพติด + BA/BI (ตามข้อ 2.3)
- หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อตามศักยภาพ พิจารณาตามความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ด้วย OAS + 2Q+ ตามเกณฑ์ ดังนี้

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

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

3. สถานบำบัดกรมการแพทย์: ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง / OAS 0-1-2 Mild to Moderate MDD/Low Risk Suicide เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.

4. รพ.จิตเวช: ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด+OAS ระดับ 3/ ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง+OAS ระดับ 3 / Moderate to Severe MDD/High Risk Suicide เคสที่เกินศักยภาพของ รพช./รพท./รพศ.





2. ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง นำผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพ เข้ากระบวนการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 114



2.1 ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



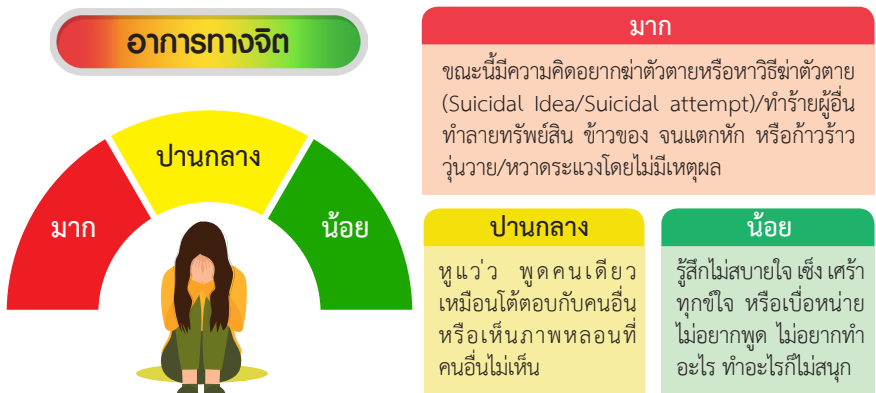
- หากพบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวส่งสถานพยาบาล (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ม. 114 /พรบ.สุขภาพจิต ม.22) ตามข้อ 1.2
- หากไม่พบความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แต่สงสัยใช้ยาเสพติดส่งต่อศูนย์คัดกรอง เพื่อคัดกรองตามแบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด (ตามเอกสารแนบ)

2.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรอง/ระบบคัดกรองในสถานพยาบาล ประเมินสภาพจิตและแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตามระดับความรุนแรง (ตามการประเมินสภาพทางจิตในแบบรายงาน การคัดกรองการใช้สารเสพติด) ออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มอาการทางจิตมากและปานกลาง ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวส่งสถานพยาบาล ตามข้อ 1.2

2) กลุ่มอาการทางจิตน้อย เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองทางการประเมินต่อ

หมายเหตุ: เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดตามระดับความรุนแรง มีดังนี้





2.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประเมินการใช้ยาเสพติด และแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้ยาเสพติด ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ผู้เสพ และผู้ติด โดยใช้แบบรายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) หรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI)



2.4 กลุ่มผู้ใช้ (ระดับคะแนน V2 2-3 คะแนน)

- การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion)
- การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment : CBTx)
- การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน
- การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
- กรณีจำเป็นต้องเข้าระบบการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สามารถพิจารณาส่งต่อโดยมีเอกสารการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา

2.5 กลุ่มผู้เสพ (ระดับคะแนน V2 4-26 คะแนน)

- ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก/ตามโปรแกรมของสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลระดับ รพช. กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว ได้ประวัติเพิ่ม ให้ทำการประเมินซ้ำ หากเกินศักยภาพให้ส่งต่อ รพท./รพศ.
- การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Motivational Enchantment Therapy: MET) 1-2 เดือน
- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 1-2 เดือน





- จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัด
ในโรงเรียน, จิตสังคม บำบัดใน รพ.สต. คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน)

- การรักษาด้วยยา (Medication)
- การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
- กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานพยาบาลสามารถพิจารณาส่งต่อ เข้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย โดยมีเอกสารการส่งต่อผู้ติดยาเสพติด เพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟู

2.6 กลุ่มผู้ติด (ระดับคะแนน V2 27+ คะแนน)

- ส่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูตามโปรแกรมของ
สถานพยาบาล/ผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ โดย

1) สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

กรณีผู้ป่วยเสพติดรุนแรง

2) สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง

กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ



สถานพยาบาลสามารถพิจารณา ส่งต่อเข้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ภาคีเครือข่าย โดยมีเอกสารการส่งต่อ ผู้ติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟู

- การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified MATRIX, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัด แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (SATIR Model) 2-4 เดือน

- การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด
(Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทาง
สายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน- 1 ปี

- การรักษาด้วยยา (Medication)
- การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)





- กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว หรือได้ประวัติเพิ่ม ให้ทำการประเมินซ้ำ

2.7 การออกใบรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัด สามารถออกได้ โดยสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคีเครือข่าย ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

2.8 การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ปี หากไม่เสพซ้ำ ให้ยุติ การติดตาม กรณีกำเริบซ้ำหรือก่อความรุนแรง ดำเนินการตามข้อ 2

ทั้งนี้ผู้ช้ยาเสพติดที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ สามารถรับบริการได้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัด และ/หรือหลังการบำบัด

3. ศาลส่งเข้ารับการบำบัดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 มาตรา 168

- ผู้เสพ/ผู้ครอบครองเพื่อเสพไม่สมัครใจรับการบำบัดหรือไม่เข้าเงื่อนไขการเข้ารับการบำบัดตามมาตรา 114 ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/จนท.ป.ป.ส. นำเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย หากศาลพิจารณาว่า ยังไม่สมควรลงโทษ ศาลสามารถส่งเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล ตามมาตรา 168

- กรณีมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงระหว่างการบำบัด เช่น ก้าวร้าว หรือได้ประวัติเพิ่ม ทำการประเมินซ้ำ

- ทั้งนี้ผู้ช้ยาเสพติดที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ สามารถรับบริการได้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งในช่วงระหว่างการบำบัดและ/หรือหลังการบำบัด





บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง

1. บทบาทของทีมสาธารณสุขระดับจังหวัด

1. สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด (service plan) เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง
2. บูรณาการประมวลกฎหมายยาเสพติด พรบ.สุขภาพจิต พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติดฉุกเฉินในเขตสุขภาพ
3. กำกับดูแลประสานงานทีมสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับเครือข่ายด้านความมั่นคง และด้านสังคม
4. ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของทีมจัดการรายกรณี เพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง



ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง
ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม จะต้องได้รับการควบคุมอาการคลุ้มคลั่ง
ให้สงบ ก่อนส่งต่อประเมินอาการทางกายและทางจิต





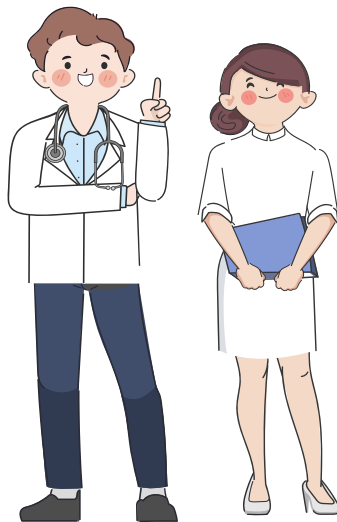
2. บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager)



ผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน และประสานกับทีมจัดการรายกรณี เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

องค์ประกอบของทีมจัดการรายกรณี

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
2. ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมอบหมาย
3. ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน





ผู้จัดการรายกรณีในชุมชน มีบทบาทต่อไปนี้

1. เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อนจำหน่ายกลับชุมชนร่วมกับแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งประสานงานศูนย์คัดกรอง สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด ร่วมกับทีมด้านสังคมและความมั่นคง
2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและสภาพการณ์ต่างๆ และวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อการส่งต่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน
3. ร่วมประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละราย และให้มีความเหมาะสมก่อนส่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลับไปอยู่ในชุมชน รวมถึงการพิจารณายุติการดูแลในระบบ V-Care เพื่อกลับไปดูแลตามระบบปกติ เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงลดลงตามเกณฑ์





ผู้จัดการข้อมูล หรือ Data manager หมายถึง คณะกรรมการ

ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่

1. Data manager (DM) ระดับจังหวัด ได้แก่

ผู้ที่ประธานคณะกรรมการประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด มอบหมาย หรือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

2. Data manager (DM) ระดับอำเภอ ได้แก่

สาธารณสุขอำเภอ หรือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน

3. Data manager (DM) ระดับตำบล ได้แก่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การรักษาความลับเป็นไปตามกฎหมายตามวิชาชีพ ส่วนการเปิดเผยข้อมูลทำได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีภาวะอันตราย/ตนเองหรือผู้อื่นภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2) ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่เพื่อความปลอดภัยของสาธารณสุข และต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ Data manager รวมถึงรูปแบบ

และวิธีการเปิดเผย ควรเป็นความลับระหว่างหน่วยงานราชการ (หลีกเลี่ยงการส่งข้อมูลผ่านระบบ Electronic ที่ไม่ได้เป็นของรัฐ อาทิเช่น Line, Google form เป็นต้น) ให้เปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่เป็น "พฤติกรรมอันตราย" เท่านั้น จุดประสงค์เพื่อให้ตำรวจหรือฝ่ายปกครองนำส่งสถานพยาบาล "สงวน" ไว้ซึ่งข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่จำเป็น อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพโรคประจำตัวของบุคคลนั้น





3. บทบาทของผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองในพื้นที่

1. ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ได้แก่ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง (SMI-V Scan) หากพบอย่างน้อย 1 สัญญาณเตือน ให้แนะนำเข้ารับการตรวจวินิจฉัย และรักษา

2. เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง กำหนด และนำมาตราการเชิงควบคุมมาปรับใช้ งดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ ดื่มเหล้า เช่น วัด ส่วนสาธารณะ เป็นต้น

3. ส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ความรุนแรง เช่น ธรรมนูญประชาสัมพันธ์ 5 สัญญาณเตือน (SMI-V Scan) มีเส้นทางนำส่งในชุมชน หมู่บ้าน และช่องทางให้คำปรึกษา เบอร์โทรฉุกเฉิน ของผู้นำชุมชน

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

5. ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกิน การควบคุม เช่น ตำรวจ, หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669, สถานพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่

6. ร่วมอำนวยความสะดวกในการนำส่ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา





4. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)



1. ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้ป่วยจิตเวชเก่า และประชาชนทั่วไป จาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิด ฉุนเฉียว เทียบหวาดระวาง (SMI-V Scan)

2. ให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบบริการและได้รับการวินิจฉัย

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

4. จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (Data Management) ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตราที่ 16 (2) โดยกำหนดผู้รับผิดชอบประสานงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ในฐานะผู้จัดการรายกรณีร่วมกับหน่วยงานด้านสังคมและความมั่นคง โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน





5. บทบาทของตำรวจ 191

1. ป้องกันอันตราย จากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด กรณีคลุ้มคลั่ง ในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เบอร์ 191

2. ศูนย์รับแจ้งเหตุ 191 ประสาน 1669 กรณีต้องการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างกัน มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตที่มี มาตรฐานเดียวกันทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ตำรวจเป็นเจ้าพนักงานตาม พรบ.สุขภาพจิต ให้ดำเนินการนำตัวบุคคล คลุ้มคลั่ง ไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดย ไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น โดยจะมีผู้รับดูแล ไปด้วยหรือไม่ก็ได้

4. ตำรวจวางแผนการช่วยเหลือ เช่น ติดตามผู้ป่วยในชุมชน เข้าถึง เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำงานที่ขัดตกลงกับผู้ป่วย จิตเวชและผู้ดูแลเบื้องต้น เพื่อให้ไม่ก่อเหตุความรุนแรงครั้งต่อไป

6. บทบาทของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669

1. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (BLS) ร่วมควบคุม สถานการณ์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

2. หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ALS) ประเมินและควบคุม สถานการณ์ในการเตรียมการรักษา และนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล ใกล้เคียง





7. บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด



1. ร่วมทีมเป็นผู้จัดการรายกรณีด้านสังคม โดยประสานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจาก รพ.สต. เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมและคุณภาพชีวิต และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเปราะบางในชุมชน
2. เยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยประสานตำรวจ/ฝ่ายปกครอง เพื่อดูแลความปลอดภัยในการลงพื้นที่
3. ลงพื้นที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินความรุนแรงและมีผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับ อปท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง/อสม./ครอบครัว/ประชาชน/ญาติ/ผู้ร้องเรียน
4. ร่วมประเมินสถานการณ์และกันผู้ไม่เกี่ยวข้องให้ห่างจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ตำรวจเข้าพื้นที่เจรจาต่อรอง
5. ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคมระดับตำบลเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชนจาก ญาติ/ครอบครัว/คนใกล้ชิด เพื่อสอบถามผลกระทบ ความต้องการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม





8. บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์



1. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต.
2. จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V 1-4)
3. ให้การดูแลรักษาโรค และบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน
4. ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยม ร่วมกับ อปท./ผู้นำชุมชน/พมจ./ตำรวจ/อสม./ครอบครัว/ญาติ
5. สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษา และผลการดำเนินการจัดการรายกรณีทุกรายในอำเภอที่รับผิดชอบ
6. สรุปัญหา/อุปสรรค และความต้องการสนับสนุน นำเสนอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัดที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ





การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด



การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้ดำเนินการตามมติ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ว่าด้วยเรื่อง สิทธิผู้ป่วย มาตรา 16 “ห้ามเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในประการที่น่าจะก่อให้เกิด ความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่ (1) กรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน (3) มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย”

การจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจึงต้องอาศัยการบูรณาการ ระหว่างหน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข สังคม และฝ่ายปกครอง เพื่อร่วมกันค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการจิตจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่เหมาะสม ตามมาตรการจัดการป้องกันปัญหาการก่อ ความรุนแรงในระดับจังหวัด สามารถกำหนดแนวทางติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดในชุมชนร่วมกัน เจ้าหน้าที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากฐานข้อมูล แต่ใช้ระบบ ของการดูแลภายในชุมชน สร้างความตระหนักให้แก่คนในชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาส เกิดอาการคลุ้มคลั่งก่อความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ฝ่ายปกครองในพื้นที่สามารถระบุพิกัดและ เฝ้าระวัง โดยชุมชนสร้างมาตรการหรือแนวทางของชุมชน ทั้งการลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกัน ทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดการรักษา โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการ ประสานงาน เพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการ จังหวัดเป็นประธานและมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ โดยเสนอ ให้มีวาระการวางแผนจัดการป้องกันปัญหาการก่อความรุนแรง และการติดตาม ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดดังกล่าวได้





ระบบติดตามและการประเมินผล



ระบบติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แพ้ม (SPECIAL PP) กระทรวง สาธารณสุข (Health data center : HDC) โดยมีรหัสการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในแพ้ม SPECIAL PP ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐานจำนวน 7 รหัส มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 - 1B033 และ 1B036 - 1B038 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและ พบว่า มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง รหัสใดรหัสหนึ่ง จึงต้องยืนยันการประเมินเพื่อลงรหัส ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) ต่อไปนี้

รหัส	คำอธิบาย
1B030	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
1B031	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
1B032	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
1B033	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
1B036	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าปกติ





รหัส	คำอธิบาย
1B037	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม
1B038	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่ามีประวัติ/อาการอื่น

นอกจากนั้น การติดตามผู้ป่วย SMI-V สามารถบันทึกข้อมูล โดยใช้ระบบข้อมูลการบำบัด รักษา และฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ตามแผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ด้วยระบบสารสนเทศ SMI-V Care รูปแบบ Web Application ซึ่งเชื่อมต่อกับ Health data center มีวัตถุประสงค์ในการบูรณาการการจัดการข้อมูล ในการดูแลรักษาไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกันอาการกำเริบ หรือก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน





ภาคผนวก





เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

<p>1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถามดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะตายจริงๆ หรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “กระทำด้วยวิธีอะไร?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ยิงตัวเองด้วยปืน • แฆวนคอ • ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย • กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/นำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู
<p>2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงก่อเหตุรุนแรงทำให้หัวหน้าตึกแล้ว สะเทือนขวัญในชุมชน</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถามดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการรุนแรงในชุมชนอย่างไรบ้างหนึ่งต่อหนึ่งหรือไม่?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือ ส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือเลือกออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย • รัตคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ • เจตนาชนหรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์
<p>3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถามดังนี้ “คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “แล้วคุณทำอย่างไร?” “บุคคลนั้นเป็นใคร?” (ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลแล้ว มีบุคคลตามที่อยู่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และมุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย) “คุณเคยคิดว่า ...คุณต้องการกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่เขาจะมาทำร้ายคุณหรือไม่?” หรือ “เพราะเหตุใดคุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีความคิดจะทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายตนเอง/ผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย • หวาดระแวงมีคณจะมากทำร้ายและพกอาวุธไว้กับตัว เพื่อมุ่งร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต • อื่นๆ (ระบุ)...
<p>4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า-พยายามฆ่า-ข่มขืน-วางเพลิง)</p>	<p>พิจารณาจากการใช้แนวคำถามดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต • พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต • ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น • วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย





เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้

<p>1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงหรือทำร้ายผู้อื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> • กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย • ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทงเฉือนบาดตัวเอง • ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ • ทำใหยานยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นที่ถูกกระแทบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น • ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง • ใช้ตัวไฟ เบลวไฟรมตัวเอง ใต้ท้ายใจไม่ออก • ใช้ของแข็ง โสเทส ไม้ ทำร้ายตัวเอง เพื่อให้เสียชีวิต • มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูดเอาศีรษะไปจิก หรือกระแทกฟันผนัง หรือของแข็ง เป็นต้น • อื่นๆ (ระบุ)..... 	<p>2 มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดตัวประกัน • พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง • ขวางกำลังของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน • อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเอกสารของ หรือทรัพย์สินเสียหาย • ปล้น ปล้นทรัพย์ จิงทรัพย์ • ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะของตนต่อหน้าสาธารณะ • ซมขโมย ล้วงกระเป๋าหรือกระเป๋า กระเป๋า • ข้ำเราผู้อื่น • บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น • อื่นๆ (ระบุ)..... 	<p>3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง</p>	<p>4 เคยมีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)</p>
---	---	---	---

หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง





แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย (สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี)



ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

เลขบัตรประชาชน.....การศึกษา.....

อาชีพ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ ประกันสังคม ท.74 เบิกได้

วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย.....ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน.....

วันที่รับไว้ครั้งนี้.....รับไว้ครั้งที่.....

อาการนำส่ง.....

ชื่อ-สกุลผู้ดูแล.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน.....

วันที่จำหน่าย.....รวมวันนอนในโรงพยาบาล.....

ที่อยู่หลังจำหน่าย.....

ผลคะแนนจากการประเมิน BPRS = CGI-S = GAF = 9Q = 8Q =

Stage of change ระดับ.....

Home Medication.....

.....

การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย.....

สรุปปัญหาที่ส่งต่อเครือข่าย.....

.....

.....

การรับบริการหลังจำหน่าย รับยาใกล้บ้าน (ระบุสถานที่).....

รับยาต่อเนื่องจากที่สถาบัน/รพจ. นับวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความยินยอมของญาติในการส่งต่อข้อมูล/การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

ยินยอม..... ไม่ยินยอม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ-สกุล ผู้สรุป.....หน่วยงาน.....

หมายเหตุ แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย สามารถปรับหรือใช้แบบส่งต่อของหน่วยงานเองได้





แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล

ครั้งที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด		ติดตามทางคลินิก		ผลการติดตาม 10 ด้าน			
				เพศ	แจ้ง	ขนาดของยา	ขนาดของยา	ความคงที่ของยา	การปฏิบัติตาม	ผู้ติดตาม	โทร.

กลุ่มที่ออกติดตาม จิตเวช ยาเสพติด > ให้ประวัติสัญญาณเตือน (SMI-V Scan) และติดตามเพื่อนำเข้าสู่การวินิจฉัย

แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงหากทำดังนี้

หัวข้อการประเมิน	แนวทางการประเมิน	
1. การกักขัง	<input type="checkbox"/> ไม่กักขัง	<input type="checkbox"/> กักขัง
2. ยา/จิต/ผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> ขาดผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> มีผู้ดูแลในการดูแล
3. การใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ใช้ประจำ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้

การแปลผล: แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการกำเริบซ้ำ

- ประเมินจากอาการของอาการป่วยหรือญาติ/ผู้ดูแล/ ผู้ใกล้ชิด เพื่อประเมินระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ ดังนี้
 - ระดับความรุนแรงต่ำ ยาดี-ญาติ-ไม่ใช้สารเสพติด อสม.ผู้ดูแล ติดตามเยี่ยมภายใน 1 เดือนเพื่อไปกักขังญาติ และผู้ป่วย
 - ระดับความรุนแรงปานกลาง มีอาการอย่างหนึ่งไม่ถึง อสม.ผู้ดูแล หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ติดตามเยี่ยมภายใน 15 วัน เพื่อประเมินซ้ำ
 - ระดับความรุนแรงสูง ผู้ป่วยจิตเวช ยาไม่ดี-ญาติไม่ใช้สารเสพติด อสม. ผู้ดูแล แจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงประเมินซ้ำทันที เพื่อส่งไปโรงพยาบาล

แบบประเมินสัญญาณเตือน (SMI-V Scan)

สัญญาณเตือน (SMI-V Scan)	มี	ไม่มี
1. ไม่กลับไม่นอน : มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆตื่นๆ		
2. เดินไปเดินมา : ผุดผุดขยับ นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ		
3. พูดจาคนเดียว : พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว		
4. หลุดกรังคุดมึนเมา : อาการไม่ปรวนแปรแบบเดิมๆ หลุดกรังคุดมึนเมา		
5. เซียวหวาดระแวง : มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดี เป็นท้าวร้าย มีคนคอยติดตาม คอยทำร้าย และถูกกลั่นแกล้ง		

การแปลผล: กรณีพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้สถานบริการสาธารณสุข หรือผู้ดูแล ภาาที่เครือข่าย แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป (ชื่อเจ้าหน้าที่.....โทรศัพท์.....)

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน

เดือนที่ 1 และ 6 เยี่ยมทุกด้านเดือนที่ 2-5 เยี่ยมด้านที่ 1,2,3 และ 10

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน	≤10 มี	≥10
1. ด้านอาการทางจิต		
2. ด้านการกินยา		
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ		
4. ด้านการที่กิจวัตรประจำวัน		
5. ด้านการประกอบอาชีพ		
6. ด้านสัมพันธ์ภายในครอบครัว		
7. ด้านสิ่งแวดล้อม		
8. ด้านการสื่อสาร		
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เรื่องอื่น		
10. ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)		



เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพ. (2556). คู่มือดูแลทางจิตเวช สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอส เพอร์สพลัส จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวปฏิบัติการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ใช้ยาเสพติด. กรมสุขภาพจิต.

ธีระ ศิริสมุด และคณะ. (2562). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(2): 158-171.

ปราณีต ชุ่มพุทรา. (2547). การพัฒนาทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยพิรุณทอง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.





พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ. (2563). การศึกษาเพื่อจัดข้อเสนอแนะด้านระบบ การบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบ บูรณาการในประเทศไทย. สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลและฟื้นฟู สมรรถภาพ ทางจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วย รายกรณี. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (มมป) แนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของ ผู้ป่วยจิตเวช สำหรับญาติและผู้ดูแล. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.

หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ. (2559). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรง ของพฤติกรรม ก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสาร สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย, 61(3): 253-266





คณะผู้จัดทำ

1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์มงคล ศิริเทพทวี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์
3. นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาราชชนครินทร์
4. แพทย์หญิงดุขฎิ์ จิ่งศิริกุลวิทย์ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
5. นางกุสุมา พนออนุอุดมสุข ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสถาบันครอบครัว
6. ดร.วสมน ทิพนีย์ ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
7. นายไพโรจน์ สุขเกิด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
8. นายณภัทร วรกรอมรเดช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
9. นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
10. นางสาวพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
11. นางสาวภูษณิศลา ชัยวิรัตน์นุกูล นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
12. นางสาวอนัญญา นะรัมย์ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
13. นางสาวศิริพร สุขราช นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
14. นางสาวทิพย์ภาภร พงศ์สุภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
15. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ





40

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

