



# แบบฟอร์มการจัดการ

การจัดการความรู้ของหน่วยงานการพยาบาลจิตเวช

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง...พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้.....4....กรกฎาคม 2566 - ธันวาคม 2566.....

## ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นางสาวจิตรลดา พูลศิลป์ .....ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2. นางสาวพรชิตา บุญยอ .....คุณอำนวย (Facilitator)
3. นางสาวปวีณา พลสว่าง.....คุณลิขิต (Note Taker)
4. นางสาวพนิดพิษา สมศักดิ์.....คุณกิจ
5. นางสาวสุภาวดี เพ็ชร์ล้วน.....คุณกิจ
6. นางสาวชัชฎา งอยภูธร.....คุณกิจ
7. นางสาวสรวรรณ แสงสวัสดิ์.....คุณกิจ
8. นางสาวชนากานต์ สาสีดา.....คุณกิจ
9. นางสาวนภัสวรรณ สุขสวัสดิ์วงษ์ .....คุณกิจ
10. นางสาวจิราพร พันยะ.....คุณกิจ
11. นายอนุรักษ์ ปานขาว.....คุณกิจ
12. นางสาววัลลวาลักษณ์ ใจเย็น.....คุณกิจ
13. นางสาวเพชรลดา คงศรี.....คุณกิจ
14. นายชนาวดี นิลศรี.....คุณกิจ
15. นางสาวรัชฎาภรณ์ จันตา.....คุณกิจ
16. นางสาวสุทธิดา อุคมศักดิ์.....คุณกิจ

## 1. หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความเข้าใจความเห็นใจ ความอดทน เป็นอย่างมาก ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย จึงมีความจำเป็นอย่างมาก และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วย เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน และยังขาดการสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย

ดังนั้นการคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีแนวปฏิบัติการป้องกันพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย ที่จะสามารถปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน จึงได้ดำเนินการจัดการความรู้เรื่องพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีแนวปฏิบัติในการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตประภัสสร
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

## 3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า ของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตประภัสสร มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า ในหอผู้ป่วยจิตประภัสสร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตประภัสสร มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

## 4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้ \*\*\* (กรณีระบุ) \*\*\*

- Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)
- The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)

## 5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

### 5.1 Success Story Telling (SST)

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	เหตุการณ์ (Context)	เทคนิค/วิธีการ (Action)	ผลลัพธ์ที่ได้รับ (Result)
พยาบาลวิชาชีพ ทบทวน ประสบการณ์การ	1. จากการตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยในพบว่า อยู่ในช่วงสร้างแนวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว	1. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญและ ดำเนินการจัดการความรู้	1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช

<p>ดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการฆ่าตัว และอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายที่ผ่านมา</p>	<p>ตาย ยังขาดแนวทางที่ชัดเจน</p> <p>2. การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของของพยาบาล และบุคลากรในหน่วยงานยังพร่อง</p> <p>สมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง</p> <p>3. ในหน่วยงานยังขาดการสื่อสาร ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>เรื่องการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>2.ร่วมทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า และการสื่อสารในทีมโดยการติดตามดูแลหลังชื่อผู้ป่วย</p> <p>3.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจ จัดกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมสันทนาการ ที่เน้นความสนุกสนาน สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เช่น การใช้ดนตรีบำบัด หรือการฟังเสียงดนตรี</p> <p>4. ใช้การดูแลแบบ1:1 และติดตามให้ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของ CCTV 24ชั่วโมง</p> <p>5.การประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q, 9Q ก่อนได้รับการรักษา และติดตามต่อเนื่องก่อนกลับบ้าน รายงานแพทย์เป็นระยะ</p>	<p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</p> <p>2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</p> <p>3. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90</p>
---	---	---	---

## 5.2 The World Cafe

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share & Learn)	เทคนิค/วิธีการ (Action)
-	-	-

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
เขียนแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช	4
การนำผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น	4
การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q,8Q)	8
จัดบรรยากาศของห้องพักเหมาะสม	6
การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม	6
เจ้าหน้าที่มั่นใจในการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	3
การรักษาด้วยยาชนิดต่างๆเพื่อลดอาการซึมเศร้า	8
การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วย	2

7. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.6 โดยเรียงจากความถี่ที่ได้จากข้อ 6 จากความถี่มากที่สุดไปหาน้อยสุด)

เรื่อง	จำนวนความถี่
เขียนแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช	4
การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q,8Q)	8
การรักษาด้วยยาชนิดต่างๆเพื่อลดอาการซึมเศร้า	6
การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วย	3
การนำผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น	2
จัดบรรยากาศของห้องพักเหมาะสม	8
เจ้าหน้าที่มั่นใจในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	4
การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม	3

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

แนวทางแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช และช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีภาวะซึมเศร้า

มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ..เมื่อวันที่ .....

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปริญเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ทั้งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง เกิดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย และเกิดการสื่อสารรู้ทั่วกันทั้งหน่วยงานถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลที่ได้รับ
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช	90 %	95%
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช	90%	100%
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อปฏิบัติตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช	90 %	100%

## 11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร
  1. ได้ทราบถึงแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช
  2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการทำงานมากยิ่งขึ้น
2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร
  1. เพื่อเป็นโอกาสพัฒนาที่จะนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอื่นๆ
  2. เพื่อเป็นโอกาสพัฒนาที่จะนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยสาขาอื่นที่อาจมี/เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยได้

## 12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม

-รูปแสดงได้แก่ แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจิตเวช, การจัดกิจกรรมเพื่อให้กับผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารภายในหน่วยงานถึงความเสี่ยง

กิจกรรม ผ่อนคลาย



กิจกรรม ผ่อนคลาย

สร้างสัมพันธภาพ



ติดตามความเสี่ยงจาก CCTV 24 ชั่วโมง





คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยในเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง	ระยะการดูแล	
	Acute phase	Sub acute phase
การระบุดังผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยให้ตรงกันระดับของความเสี่ยง</li> <li>-มีการตรวจนับผู้ป่วยทุกช่วง เปลี่ยนกิจกรรมและทุกช่วง เปลี่ยนเวร</li> <li>-ติดป้าย เฝ้าระวังไว้ที่กระดานรายชื่อ / ติดป้ายดาว ★ แทนความเสี่ยงบริเวณหัวเตียง เพื่อการสังเกตและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ปฏิบัติตาม Acute phase</li> </ul>
การประเมินซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ประเมินความเสี่ยงประจำวัน และวางแผนป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายทุกเวร</li> <li>-ประเมินสัญญาณเตือนหลังญาติมาเยี่ยม/ หลังญาติผิคนัดเยี่ยมญาติ/ หลังพบแพทย์แล้วแพทย์ไม่จำหน่าย D/C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ประเมินความเสี่ยงประจำวัน และวางแผน (Re- assessment) เพื่อป้องกันและเฝ้าระวัง การทำร้ายตนเองซ้ำ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายทุกเวร</li> <li>-ประเมินสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายหลังญาติ มาเยี่ยม ครบกำหนดวันเยี่ยมญาติ ญาติผิคนัด เยี่ยม หลังพบแพทย์แล้วแพทย์จำหน่ายญาติไม่รับกลับ เป็นต้น</li> </ul>
สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ตรวจสอบและจัดอาวุธ/ อุปกรณ์มีคม/ ฝาหมักมด/ แชมพู สบู่ น้ำยาถูพื้น ไว้ห่างจากตัวผู้ป่วย</li> <li>- ตรวจสอบนับฝาหมักมดทุกครั้งที่มีการใช้งาน</li> <li>-จัดเก็บ แชมพู สบู่ น้ำยาถูพื้น และเสื้อผ้าทุกครั้งหลังใช้งาน</li> <li>-ตรวจสอบประตู หน้าต่าง ทางหนีไฟ ฝ้าเพดานทุกเวร</li> <li>-จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย โดยจัดให้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบและ จัดเก็บอาวุธ / อุปกรณ์มีคม / ตรวจสอบและจัดเก็บอาวุธ / อุปกรณ์มีคม ฝาหมักมด/ แชมพู สบู่ น้ำยาถูพื้น ฯลฯ ไว้ห่างจาก ตัวของผู้ป่วย</li> <li>- ตรวจสอบนับฝาหมักมดทุกครั้งที่มีการใช้งาน</li> <li>-จัดเก็บ แชมพู สบู่ น้ำยาถูพื้น และเสื้อผ้า ทุก ครั้งหลังใช้</li> <li>- ตรวจสอบประตู หน้าต่าง ทางหนีไฟ ฝ้า เพดาน ทุกเวร</li> <li>- ดูแลใกล้ชิดโดยจัดให้ผู้ป่วยนอน</li> </ul>
การจัด Setting การดูแล		

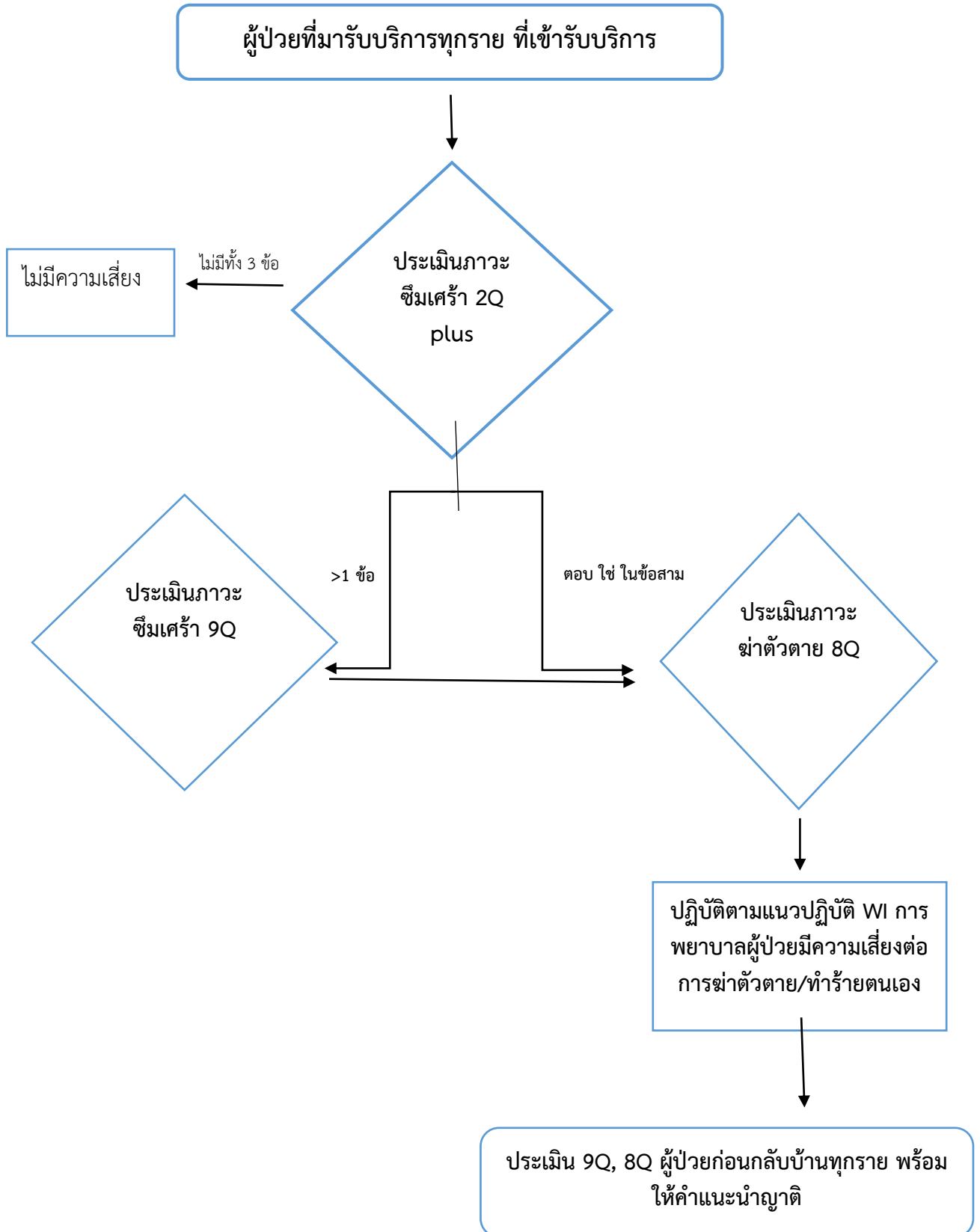


ระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง	ระยะการดูแล	
	Acute phase	Sub acute phase
	<p>อยู่ห้องแยกหรือการผูกมัดในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น</p> <p>-ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นผ่าน CCTV ชัดเจน ได้แก่ เตียง 701, 706, ห้องปันสุข 1, ห้องปันสุข 2</p> <p>-ดูแลผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ อย่างใกล้ชิด</p>	<p>ใกล้ CCTV ได้แก่ เตียง 701, 706, ห้องปันสุข 1, ห้องปันสุข 2</p> <p>-จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย โดยจัดให้อยู่ห้องแยกหรือการผูกมัดในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น</p> <p>-ดูแลผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ อย่างใกล้ชิด</p>
การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ	<p>- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรักษาแนวทางการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-แนะนำและตรวจสอบญาติ ที่มาเยี่ยมให้จัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธได้ เช่น มีด เข็อก ขวด แก้ว ฯลฯ</p>	<p>- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรักษาแนวทางการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-แนะนำและตรวจสอบญาติ ที่มาเยี่ยมให้จัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธได้ เช่น มีด เข็อก ขวด แก้ว ฯลฯ</p>
<p>การบริหารจัดการบุคลากร</p> <p>- อัตรากำลังปกติ</p> <p>- อัตรากำลังมีน้อย เช่นเวลาพัก รับประทานอาหาร</p>	<p>-จัดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมอบหมายให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>-ปรับเปลี่ยนเวลาทำกิจกรรมของบุคลากร</p>	<p>-จัดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมอบหมายให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>-ปรับเปลี่ยนเวลาทำกิจกรรมของบุคลากร</p>
การรักษาด้วยยา	<p>-ให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา</p> <p>-พิจารณาให้ยา PRNตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น</p>	<p>-ให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>-รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>--รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น พิจารณาย้ำผู้ป่วยเข้าห้องสำหรับ Acute phase ได้แก่ ห้องปันสุข 1, ห้องปันสุข 2</p>
การรักษาด้วยไฟฟ้า	-ให้อยู่ที่ดุลยพินิจของแพทย์	-ให้อยู่ที่ดุลยพินิจของแพทย์

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง	ระยะการดูแล	
	Acute phase	Sub acute phase
การบำบัดทางจิตโดยสหวิชาชีพ	<p>-กรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนเช่นผู้ป่วยเรื้อรัง(ม14)ให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา</p> <p>-ผู้ป่วยที่เสี่ยงระดับ Mild Moderate Severe ที่ไม่สมัครใจรักษาให้ปรึกษารายบุคคล</p> <p>เบื้องต้น:ปรึกษาสหวิชาชีพ</p> <p>-***กรณีผู้ป่วยบกพร่องทางการได้ยิน การสื่อสารและสติปัญญา ระดับปานกลางถึงมากไม่สามารถบำบัดๆ ให้แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาทางเลือกในการบำบัด</p>	<p>-ให้การบำบัดตามสภาพปัญหาเพื่อป้องกันการวิฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ กรณีผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถสื่อสารได้</p> <p>-ในกรณีที่มีอาการหุนเหว่ บำบัดเพิ่มเติมด้วย โปรแกรมการจัดการหุนเหว่</p>
<p>การส่งต่อข้อมูล</p> <p>-ภายในทีม</p> <p>-ระหว่างบุคลากร</p>	<p>-ส่งต่อข้อมูลภายในทีมและระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง รวมถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง</p> <p>-ตรวจเยี่ยม สังเกตอาการ ประเมินความเสี่ยงพร้อมบันทึกพฤติกรรมความเสี่ยงทุกเวร</p> <p>-ส่งอาการเวรต่อเวรตามระดับความรุนแรงทุกเวร</p>	<p>-ส่งต่อข้อมูลภายในทีมและระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง รวมถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง</p> <p>-ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย/ ทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความเสี่ยงทุกเวร/ทุกวันในแบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>-ส่งอาการเวรต่อเวรตามระดับความรุนแรงทุกเวร</p> <p>-ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องตัวกระตุ้น วิธีการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง รวมถึงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง</p> <p>-ส่งต่อข้อมูลทุกครั้งที่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบดูแล</p>
-การจำหน่าย	-กรณีญาติปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยในและแพทย์เห็นว่าญาติ	-กรณีญาติปฏิเสธการรักษาแบบผู้ป่วยในและแพทย์เห็นว่าญาติ

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเอง	ระยะการดูแล	
	Acute phase	Sub acute phase
	<p>สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามในเอกสาร ไม่ยินยอมทำการรักษาและแนบเอกสารในชุดประวัติผู้ป่วยด้วยพยาบาลให้ข้อมูลถึงภาวะอันตรายของผู้ป่วยและแนะนำการให้การดูแลจนเข้าใจชัดเจน</p> <p>-กรณีไม่มีญาติและแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถ ให้ผู้ป่วยเซ็นใบไม่ยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยในและแนบเอกสารในประวัติผู้ป่วย โดยพยาบาลให้ข้อมูลถึงภาวะอันตรายของผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการดูแลจนเข้าใจชัดเจน</p> <p>-จำหน่ายผู้ป่วยเมื่ออาการทุเลาค่าคะแนน 8Q น้อยกว่า 17</p> <p>-ให้ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาของโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของญาติในการร่วมดูแลผู้ป่วย</p> <p>-ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามในเอกสาร ไม่ยินยอมทำการรักษาและแนบเอกสารในชุดประวัติผู้ป่วยด้วยพยาบาลให้ข้อมูลถึงภาวะอันตรายของผู้ป่วยและแนะนำการให้การดูแลจนเข้าใจชัดเจน</p> <p>-กรณีไม่มีญาติและแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถ ให้ผู้ป่วยเซ็นใบไม่ยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยในและแนบเอกสารในประวัติผู้ป่วย โดยพยาบาลให้ข้อมูลถึงภาวะอันตรายของผู้ป่วยและให้คำแนะนำในการดูแลจนเข้าใจชัดเจน</p> <p>-จำหน่ายผู้ป่วยเมื่ออาการทุเลาค่าคะแนน 8Q น้อยกว่า 17 และแพทย์ประจำก่อนเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย</p> <p>-ให้การบำบัดรายบุคคล/รายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาและป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ</p> <p>-ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน



## การบันทึกข้อมูลและเอกสารที่ใช้ (Records & Form)

6.1 แบบคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus  
 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ \*(ตอบมีอย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงซึมเศร้า)

	ไม่มี	มี
1. ไม่สบายใจ เซ็งทุกซี้ใจ เศร้าท้อแท้ ซึม หงอย		
2. เบื่อไม่อยากพูดไม่อยากทำ อะไร หรือทำ อะไรก็ไม่ สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม		
Plus	ไม่มี	มี
3. ท่านมีความรู้สึกทุกซี้ใจ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือไม่?		

## 6.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

ประเมินครั้งแรกต้องถามให้ครบทั้ง 8 ข้อ ครั้งต่อไปถามเฉพาะข้อ 1-7 เท่านั้น เพื่อตัดข้อประวัติการฆ่า  
 ตัวตายในตลอดชีวิตออกไปจะเหลือความเสี่ยงใน 1 เดือนเท่านั้น โดยข้อที่ 3 ต้องนำคะแนนจากการตอบมา  
 รวมกัน ถ้าหากตอบว่า “ใช่” ทั้ง 2 ข้อ จะได้คะแนนในข้อนี้ 14 คะแนน

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถ ควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดย ตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10	
8	ตลอดชีวิต ที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

## เกณฑ์ การประเมิน

0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย

9- 6 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง

≥17 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

## เอกสารอ้างอิง (หรือ References)

- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2553). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อังคณา ว่างทอง, ศรีสุตา วนาลีสิน, อนุชิต ว่างทอง, ชูรัฐดี ทีเต็ง, และนุรไอนี ลาเตะ. (2562). ผลของการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีสูญเสียสามีจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 94–116.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า: Psychosocial treatment for depressive disorder*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อมาวสี กลั่นสุวรรณ. (2559). ผลโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน (วิทยานิพนธ์ปริญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.