การป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช
รูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล



ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครสวรรค์

การป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช

รูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล



ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครสวรรค์

คู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช รูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล

ที่ปรึกษา :

นายชยันต์ ศิริมาศ	ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์
นายชุมพิชญ์ เดชะรัฐ	รองผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์
พลตำรวจตรีชาญวิทย์ กนกนาก	ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดนครสวรรค์
นายสุวัฒน์ จันทร์สุข	ปลัดจังหวัดนครสวรรค์
นายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงฆ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
นางกนกวรรณ สิงห์กาล	พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์
แพทย์หญิงจิตติมา แกล้วทนง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
นายกิตติ ลิ้มศิริชัย	นายอำเภอหนองบัว
นางสาวธิติกมล สุขเย็น	นายอำเภอเก้าเลี้ยว
นายแพทย์วศิน ทองทรงกฤษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว
นางสาววงศ์จันทร์ วงศ์เกียรติขจร	สาธารณสุขอำเภอเก้าเลี้ยว

บรรณาธิการ :

นางปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ :

นางทัศนีย์ มูลมัย	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
นางสมาพร จิตบุญเกษม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปัญญาวีร์ จันทร์หอม	นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

เรียบเรียง :

นางปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายกิตติพงษ์ พุ่มประพาฬ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เผยแพร่โดย :
จังหวัดนครสวรรค์

จัดทำโดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครสวรรค์
พิมพ์ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566
จำนวนพิมพ์ -
จัดพิมพ์โดย -

คำนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลรวมถึงมีปรากฏการณ์การกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่หลายเหตุการณ์ที่กระทบต่อชุมชน ครอบครัวในวงกว้างและชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ เกิดความหวาดกลัวต่อ ผู้ป่วยทางจิตมีทัศนคติ การตีตรา การยอมรับ ก่อให้เกิดความยากในการจัดการควบคุมดูแล อีกทั้งความที่ไม่เข้าใจปัญหาทำให้มีความร่วมมือจากชุมชนน้อยและมีการทำงานแบบแยกส่วน ขาดผู้รับผิดชอบหลักรวมถึงขาดการประสานเชื่อมโยงและการเฝ้าระวังดูแลอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการเฝ้าระวังการพัฒนา "เก้าเลี้ยวโมเดล" จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนระบบการดูและเฝ้าระวังประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงอาการทางจิต และใช้สารเสพติดให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดในทุกระดับ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนด้วยทีม 5 กัลยาณมิตร



แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ในเล่มนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงาน "ต้นน้ำ" ต่อด้วยส่วนที่ 2 เป็น "กลางน้ำ" ที่เชื่อมระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ สำหรับส่วนที่ 3 เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงาน "ปลายน้ำ" เริ่มตั้งแต่การเฝ้าระวังในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จนถึงการดูแลช่วยเหลือปลายทางที่เหมาะสม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงาน, กลุ่มเสี่ยง, ญาติ/คนใกล้ชิด, คนในชุมชน, แกนนำชุมชน, วัด, โรงเรียน, สถานประกอบการ, บุคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการ และบุคลากรทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตได้รับการคัดกรองเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมไม่เกิดอุบัติการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายข้าวของ

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า "คู่มือเก้าเลี้ยวโมเดล" จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่ และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดแบบครบวงจรรวมถึงระบบบริการสุขภาพ (serviceplan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดต่อไป

อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

มิถุนายน 2566

คำนิยม
นายสุทธิพงษ์ จุลเจริญ
ปลัดกระทรวงมหาดไทย



"ปัญหายาเสพติด เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง และได้ประกาศให้เป็นวาระเร่งด่วนของชาติที่จะต้องร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขให้หมดสิ้นไปโดยเร็วที่สุด ที่ผ่านมาจะเห็นว่าทุกหน่วยงานได้นำมาเป็นโยบายที่สำคัญ มีการกำหนดแผนงาน / กิจกรรมที่จะดำเนินงานอย่างชัดเจน รวมถึงกระทรวงมหาดไทยได้ให้หน่วยงานในสังกัดเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ"

ทั้งมาตรการป้องกัน มาตรการปราบปราม และมาตรการบำบัดรักษารวมทั้งให้มีการค้นหาผู้ค้าผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด Re X-Ray ทั่วทุกพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อดำเนินการตามกฎหมายกับผู้ค้ายาเสพติดอย่างเด็ดขาด ขยายผลจับกุมเครือข่ายนักค้า รายสำคัญ และยึด/อายัดทรัพย์สิน สำหรับผู้เสพยาเสพติด ให้นำเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดอย่างเป็นระบบตามกระบวนการที่กำหนด แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาก็ยังคงปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปของการค้า/ลักลอบขนยาเสพติดที่มีจำนวนมาก การใช้ยาเสพติดเกินขนาด/เป็นเวลานาน มีอาการหลอนยา กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวช พร้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับสังคมคนรอบข้างได้ตลอดเวลา จึงทำให้หน่วยงานต้องเข้ามาระดมความคิดและหาวิธีทำงานที่จะทำให้ปัญหาหมดไปหรือสามารถควบคุมได้ ไม่ส่งผลเสียต่อสังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ

"จังหวัดนครสวรรค์ ก็เป็นจังหวัดหนึ่ง ที่เห็นความสำคัญ และขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชมาโดยตลอด จนได้รูปแบบของ **“เก้าเลี้ยวโมเดล”** ที่มีขั้นตอน/กระบวนการครบวงจร ทำให้แก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม เป็นแบบอย่างให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และปรับใช้กับการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ ต้องขอชื่นชมและเชื่อว่าหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องต่างมี **“หัวใจเดียวกัน”** คือ อยากเห็นสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในสังคมไทย แล้วจะทำอย่างไรให้เกิดความยั่งยืนซึ่งความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชจะเกิดขึ้นได้อยู่ที่ **“ใจ”** และ **“พวกเราทุกคน”** ที่ต้องก้าวผ่านข้อจำกัดของทรัพยากรการบริหาร ทั้งงบประมาณ กำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ"

นายสุทธิพงษ์ จุลเจริญ
ปลัดกระทรวงมหาดไทย

คำนิยม
นายแมนรัตน์ รัตนสุคนธ์
อธิบดีกรมการปกครอง



"รัฐบาลได้กำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นนโยบายสำคัญและเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ลดลงหรือหมดสิ้นไปจึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการทำงานของหน่วยงานต่างๆจากทุกภาคส่วน รวมถึงครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งด้านการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดรวมถึงการติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์แก่ผู้ติดยาเสพติด"

แม้ว่า ช่วงเวลาที่ผ่านมา ภาครัฐได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้ติดยาเสพติดบางส่วนมีปัญหาความผิดปกติทางจิตร่วมด้วยและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ซึ่งทำให้การบำบัดรักษามีความยากลำบากมากขึ้น หากผู้ติดยาเสพติดกลุ่มนี้ขาดการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด อาจแสดงพฤติกรรมความรุนแรง หรือก่อเหตุที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินของคนในครอบครัว และชุมชน ดังนั้น การแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิต (ผู้ป่วยจิตเวช) จำเป็นต้องมีมาตราการหรือวิธีการในการช่วยเหลือ ดูแล และติดตามให้บุคคลดังกล่าวได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

" กระผมขอชื่นชมจังหวัดนครสวรรค์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้จัดทำคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช**(รูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล)** โดยสรุปประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางจิต (ผู้ป่วยจิตเวช) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชนซึ่งถือได้ว่าเป็น **แบบอย่างความสำเร็จ (Best Practice)**เพื่อขยายผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดให้แก่จังหวัดและหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆได้พิจารณานำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางจิต (ผู้ป่วยจิตเวช) อันจะส่งผลให้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดเป็นรูปธรรม และสัมฤทธิ์ผลตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และกระทรวงมหาดไทย ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติด และบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ต่อไป

นายแมนรัตน์ รัตนสุคนธ์
อธิบดีกรมการปกครอง

นายชยันต์ ศิริมาศ
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์

อบอุ่นหัวใจ

"คนนครสวรรค์ สุขภาพจิตดี สุขใจ ห่างไกลยาเสพติด"

นายชยันต์ ศิริมาศ
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์



จังหวัดนครสวรรค์ สร้างกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด ลดผู้ป่วยจิตเวช สร้างระบบฐานข้อมูลด้วยแอปพลิเคชั่น "นครสวรรค์สุขใจ" เพื่อใช้ในการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง บูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำ ขวัญใจ ญาติ อสม. อปท. เช่น การป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ในรูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล ได้ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ดูแล รักษา เยียวยาเสริมพลังสร้างอาชีพ เพื่อคืนคนดีสู่สังคม เพิ่มรายได้ สร้างเศรษฐกิจ สังคมแห่งความรักความอบอุ่น

นายชยันต์ ศิริมาศ
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์

ยาเสพติด ภัยร้ายทำลายสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ

พลตำรวจตรี ชาญวิทย์ กนกนาก

ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดนครสวรรค์



"การแก้ปัญหาผู้มีความผิดปกติทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช ต้องร่วมมือกันแก้ปัญหาแบบเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน อันมีหน้าที่ตามกฎหมาย โดยมีชุมชนเป็นหลัก ซึ่งเป้าหมายคือเพื่อลดการสูญเสีย ชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน ของผู้ป่วยจิตเวช บุคคลทั่วไป และเจ้าหน้าที่ โดยนำตัวผู้ป่วยมาบำบัดรักษา ฟื้นฟู และกลับมาอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ"

" ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด สร้างความเสียหายให้กับสังคมเป็นอย่างมาก ในระยะหลายปีที่ผ่านมา เกิดความสูญเสียขึ้นเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเกิดความสูญเสียแก่ชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินความสูญเสียไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชหรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดกับประชาชนทั่วไป สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้พัฒนามาตรฐานในการปฏิบัติหน้าที่ ไว้เฉพาะกรณีบุคคลคลุ้มคลั่งแล้ว แต่ก็ยังเกิดความสูญเสียของเจ้าหน้าทีตำรวจจากการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช "

รูปแบบ "เก้าเลี้ยวโมเดล" กับการป้องกันและไขแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2565 โดยมี พันตำรวจโทนิภัทร์ มีมุสิทธิ์ ได้นำมาเสนอในที่ประชุมของตำรวจภูธรจังหวัดนครสวรรค์ เห็นว่าเป็นการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชโดยถอดบทเรียนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว เป็นการดำเนินการในเชิงรุก ไม่รอให้ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง ก่อนเกิดเหตุความสูญเสีย โดยบูรณาการงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ผู้ที่มีหน้าที่ตามกฎหมายได้ร่วมกันดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ทำให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชได้จริง โดยมีชุมชนเป็นหลักในการค้นหา เฝ้าระวัง และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ไม่ให้กลับมาป่วยซ้ำ และสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ต่อไป

จึงได้สั่งการให้ไปนำเสนอในการประชุม ศอ.ปส.จังหวัดนครสวรรค์ ในวันที่ 28 ตุลาคม 2565

พลตำรวจตรีชาญวิทย์ กนกนาก
ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดนครสวรรค์

นายจักราวุธ จุฑาสงฆ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์



เติมใจให้กัน

“ นครสวรรค์เมืองแห่งสุขภาพดี (Wellness City) ดูแลสุขภาพ (กาย/ใจ) ทุกกลุ่มวัย”

นายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงฆ์

จังหวัดนครสวรรค์ประกาศนโยบาย “ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave one behind) ” ภายใต้ “ คนนครสวรรค์สุขภาพดีแข็งแรงอายุยืนยาว ” ได้รับการดูแลสุขภาพ(กาย/จิต)ทุกกลุ่มวัย ด้วยการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วน โดยผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องครบวงจร เพื่อป้องกันการก่อเหตุความรุนแรงสร้างปัญหาต่อตนเองและผู้อื่น “เก้าเลี้ยวโมเดล” ถือว่าเป็นรูปแบบของระบบการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยมีกลไก พชอ.เก้าเลี้ยวทำหน้าที่อย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพรูปแบบดังกล่าวถูกขยายนำไปใช้ทั่วทั้งจังหวัดนครสวรรค์ และในทุกจังหวัดทั่วประเทศ

นายแพทย์จักราวุธ จุฑาสงฆ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

นายกิตติ ลิ้มศิริชัย
นายอำเภอหนองบัว



ใจอาสา

เมื่อครั้งดำรงตำแหน่ง ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครองอำเภอเก้าเลี้ยว “การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เราทุกหน่วยงานต้องช่วยกัน บูรณาการงานให้เป็นเนื้อเดียวกัน สร้างสังคมเก้าเลี้ยวให้น่าอยู่ สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถยอมรับและอยู่ร่วมกันได้”

นายกิตติ ลิ้มศิริชัย
นายอำเภอหนองบัว

นางสาวธิติกมล สุขเย็น
นายอำเภอเก้าเลี้ยว

พลังใจ

"อำเภอบำบัดทุกข์ บำรุงสุข รวมพลัง 7 ภาคีเครือข่าย ให้คนเก้าเลี้ยว ได้พัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน "



"คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เสนอปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด กลุ่มเปราะบาง เป็นปัญหาอันดับต้นของพื้นที่ เกิดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมรับผิดชอบ เห็นภาพแนวทางการดำเนินงาน **ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ** สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยยาเสพติดสามารถอยู่ในสังคมได้ คือ **ชุมชนเปิดใจยอมรับ และ 5 กัลยาณมิตร** ในพื้นที่ รวมถึง **7 ภาคีเครือข่าย** ที่ช่วยกันขับเคลื่อน ให้คนอำเภอเก้าเลี้ยวมีความสุขอย่างยั่งยืน"

นางสาวธิติกมล สุขเย็น
นายอำเภอเก้าเลี้ยว

"เก้าเลี้ยวโมเดล เป็นแนวทางหนึ่ง ที่ทำให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข"

นายวศิน ทองทรงกฤษณ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์



มุ่งมั่นด้วยใจ

“ผู้มีปัญหาทางจิตและยาเสพติด เป็นปัญหาของชุมชน การดูแลรักษาก่อนเกิดเหตุรุนแรง จึงเป็นประโยชน์ต่อชุมชนโดยแท้จริง”

"ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ไม่ใช่เพียงแค่ปัญหาส่วนบุคคล หรือระดับครอบครัวแต่เป็นปัญหาของชุมชน **การที่มีคนที่ไม่อาจควบคุมตนเองได้ เป็นความเสี่ยงของทุกคนในชุมชนนั้นๆ** การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุก เข้าดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อนจะเกิดเหตุรุนแรง จนถึง**สามารถคืนผู้ป่วย กลับคืนเป็นคนส่วนหนึ่งของชุมชนได้ จึงเป็นประโยชน์ที่ชัดเจนต่อชุมชนอย่างแท้จริง"**

นายวศิน ทองทรงกฤษณ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์

พ.ต.ท.นิภัทร์ มีมุสิทธิ์
รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม
สถานีตำรวจภูธรแม่วงก์



หัวใจพองโต

"ผู้มีความผิดปกติทางจิต คือส่วนหนึ่งของชุมชนต้องได้รับการบำบัดรักษาแล้วกลับมาอยู่ในความดูแลของชุมชน ให้สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุขตลอดไป"

พ.ต.ท.นิภัทร์ มีมุสิทธิ์
รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม
สถานีตำรวจภูธรแม่วงก์

ปัญหาของตำรวจในการแก้ไขปัญหาผู้มีความผิดปกติทางจิต.....ก่อนที่จะมีเก้าเลี้ยวโมเดล

- เจ้าหน้าที่ตำรวจขาดกำลังและภาคีเครือข่าย ในการนำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่อยู่ใน"ภาวะอันตราย"หรือ "มีความจำเป็นต้องได้รับการบัดรักษา" ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา
- เกิดความสูญเสียกับชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน ผู้มีความผิดปกติทางจิต, ในขั้นตอนการนำตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตไปสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา
- สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ไม่รับผู้มีความผิดปกติไว้รักษาหรือไม่ส่งต่อไปยังสถานบำบัด
- ยานพาหนะไม่เพียงพอ ในการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานบำบัดรักษา
- เมื่อผู้มีความผิดปกติทางจิตกลับจากการบำบัดรักษาแล้ว ไม่มีผู้ใดดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามกำหนด หรือกลับไปใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความปกติทางจิต ทำให้กลับมามีอาการทางจิตซ้ำและต้องนำไปบำบัดรักษาอีกเหมือนเดิม
- เจ้าหน้าที่ตำรวจรวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่รู้และไม่เข้าใจอำนาจหน้าที่ของตนตามระเบียบ คำสั่ง หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พ.ต.ท.นิภัทร์ มีมุสิทธิ์
รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม
สถานีตำรวจภูธรแม่วงก์

นายภูดิศ แก้วจรูญ

สาธารณสุขอำเภอตาคลี จ.นครสวรรค์



พิชิตใจ

เป้าหมายการทำงาน คือ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ " 5 กัลยาณมิตร พิชิตใจผู้ป่วย”

นายภูดิศ แก้วจรูญ

เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเก้าเลี้ยว กล่าวว่า “ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องไม่ขาดยา จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข” **คำถาม คือ ใครเป็นผู้กำกับการกินยาของผู้ป่วย**

ผลจากการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ หมู่ที่ 1 ตำบลมหาโพธิ ต้องมีผู้ดูแล 5 คน ประกอบด้วย 1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2.ฝ่ายปกครอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้านฯ) 3.อาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลละแวกบ้านผู้ป่วย 4.ญาติผู้ป่วย 5.ขวัญใจผู้ป่วย เป็นเจ้าภาพสังเกตอาการ สอบถาม ติดตามการกินยา เรียกว่า **"5 กัลยาณมิตร"** และได้นำผลการถอดบทเรียนไปใช้ในพื้นที่หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 7 ตำบลเขาดิน เป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่อื่น เรียกว่า **"สามเกลอ โมเดล"**

ปัจจุบันอำเภอเก้าเลี้ยวใช้แนวทาง "5 กัลยาณมิตร" ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็น **"เก้าเลี้ยวโมเดล"**

นายภูดิศ แก้วจรูญ
สาธารณสุขอำเภอตาคลี จ.นครสวรรค์

นายนเรษฐ์ เงินบำรุง

ผู้ใหญ่บ้านและอสม.หมู่ที่ 1 ต.มหาโพธิ
อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์



อาสาทำความดี

“ผมว่าความสุขใจอยู่ในหัวใจที่เป็นสุขจริงหรือไม่ครับ... นี่แหละครับงานที่ผมคิดว่า...ผมทำด้วยใจและมีหัวใจของความเป็นมนุษย์“

นายนเรษฐ์ เงินบำรุง

ลุงนเรษฐ์...'แม่หนูโดนยายถนอมเอาน้ำร้อนสาด'
ไอ้เรษฐ์...'ไอ้โสมันมีทีท่าแปลกๆ นะ มันเดินตาขวางๆ น่ากลัวจัง'
น้าเรษฐ์...'แม่หนูโดนพี่โสต่อยมา โดนเตะที่ชายโครงด้วย ไม่รู้กระดูกหักหรือเปล่า '
'โอ้ยพี่นเรษฐ์เดี๋ยวนี้ ฉันไม่กล้าไปเก็บมะลิแล้ว ไอ้โสเดินลากชะแลงอยู่แถวไร่มะลิฉัน '
' ผู้ใหญ่ต้องช่วยหนูนะ ยายถนอมจะเผาบ้าน ต้องจับส่งโรงพยาบาลแล้วนะผู้ใหญ่ '

โอ้ยไม่ใช่เรื่องของเรา!! มันเรื่องของครอบครัวเขา งานเราก็มีเยอะอยู่แล้ว.... อย่าไปยุ่งดีกว่า ถ้าต้องดูแลคนพวกนี้

ท่าทางจะต้องเหนื่อยแน่ๆ!! มีหลายรายเลยที่ญาติไม่ค่อยเอาเรื่อง ดูท่าทางต้องประสานกับคนหลายคนเลย ทั้งตำรวจ ครู อบต. ผู้ใหญ่ พระ ที่คนบ้ากลัวเพื่อพาไปรักษา

แต่สุดท้าย เอาก็เอาวะ คนที่จะช่วยเราก็เยอะ มีปัญหาอะไรก็ค่อยๆ แก้กันไป

นายนเรษฐ์ เงินบำรุง
ผู้ใหญ่บ้านและอสม.หมู่ที่ 1 ต.มหาโพธิ
อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์

นายสิทธิพันธ์ ไกรสังข์

แพทย์ประจำตำบล และอสม. ตำบลมหาโพธิ
อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์



ทีมงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการโดยเฉพาะหัวหน้างานโยกย้าย(บ่อยมาก) หรือเกษียณอายุราชการ ทำให้ผู้ที่มารับตำแหน่งใหม่ ไม่สามารถดำเนินงานจิตเวชชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

กระผมเป็นผู้นำชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ไม่สามารถโยกย้ายไปที่ใดได้และไม่มีอำนาจในการสั่งงานหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะในกรณีหน่วยงานนั้นๆ ไม่ให้ความร่วมมือด้วย **จึงทำให้เกิดความท้อถอย!!.....** ปัญหาและอุปสรรคนี้จึงได้เสนอภาคีเครือข่ายเพื่อเป็นแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก่อนเกิดในรูปแบบ “เก้าเลี้ยวโมเดล“

ไฟ..ไม่ไหม้ฟาง

คนไข้จิตเวชไม่โง่..นะ..!! เค้ามีความคิดดีๆ เพียงแต่มีปัญหาเรื่องอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากคนไข้จิตเวชเสมอมา ในการทำงานกับคนไข้จิตเวช

"ต้องทำด้วยความรักความเมตตา สุขุม รอบคอบ และที่สำคัญที่สุดคนทำงานต้องมีใจ.."

"เก้าเลี้ยวโมเดล” เป็นการทำงานของทุกภาคส่วนที่ได้ร่วมมือร่วมใจกันอย่างถึงตัว เพื่อให้คนไข้จิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชน จนถึงสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

"คนไข้จิตเวชต้องการความรัก และรักคนอื่นได้ไม่น้อยกว่าคนปกติ"

นายสิทธิพันธ์ ไกรสังข์
แพทย์ประจำตำบลและอสม.ตำบลมหาโพธิ
อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	1
บริบทพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว	2
สถานการณ์สุขภาพจิตอำเภอเก้าเลี้ยว	3
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	5
ภาคีเครือข่ายที่สำคัญ	8
รูปแบบการเฝ้าระวังสุขภาพจิตและยาเสพติด	9
กลไกการดำเนินงาน	10
ระบบการเฝ้าระวังและดูแล	11
ขั้นตอนการสร้างทีม " เก้าเลี้ยวโมเดล"	12
• ต้นน้ำ	
◦ จัดตั้งศูนย์อำนวยการ/สั่งการ	14
◦ จัดตั้งศูนย์ข้อมูล	14
◦ การบังคับใช้กฎหมาย	15
◦ จัดตั้งทีม 5 กัลยาณมิตร	25
◦ จัดตั้งทีมชุดปฏิบัติการ	29
◦ การพัฒนาศักยภาพทีม	31
• กลางน้ำ	
◦ แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน	34
◦ แนวทางการรักษา-ส่งต่อ	39
◦ แนวทางการส่งต่อศูนย์คัดกรองยาเสพติด	44
◦ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด	45
◦ การกำกับติดตามผู้ป่วย	46

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
• ปลายน้ำ	
◦ การเตรียมชุมชน	48
ผลการดำเนินงาน	56
การขยายเครือข่าย	60
นครสวรรค์สุขใจ	62
ภาคผนวก	
บรรณานุกรม	
ติดต่อประสานงาน	

บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Severe Mental Illness–High Risk to Violence; SMI-V ซึ่งมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช สำหรับจังหวัดนครสวรรค์พบผู้ป่วยประเภทนี้ร้อยละ 41.67 และในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.27 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะใช้เวลา 6-12 เดือน หากดูแลที่ไม่รัดกุมเพียงพอจะทำให้เจ้าหน้าที่ถูกทำร้ายร้อยละ 2.85 ของผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บร้อยละ 0 ประชาชนที่ใกล้ชิดผู้ป่วยได้รับอันตรายร้อยละ 2.85 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา การไม่รับรู้ความเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ บางรายเกิดภาวะอันตรายก่อความรุนแรงต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัวหรือผู้ดูแลรวมทั้งอาจเกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคมดังที่เป็นข่าว ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนและสังคมหวาดวิตก รู้สึกไม่ปลอดภัย และผู้ป่วยกลุ่มนี้กลายเป็นภาระทางสังคมและ ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี) การดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงในชุมชนจึงสามารถช่วยลดภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเก้าเลี้ยว ได้วิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมีการกระทำรุนแรงในพื้นที่หลายเหตุการณ์ ส่งกระทบต่อชุมชน ครอบครัว ในวงกว้าง และชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยทางจิต มีทัศนคติ การตีตรา ไม่ยอมรับ ก่อให้เกิดความยากในการจัดการ ควบคุม ดูแล อีกทั้งความที่ไม่เข้าใจปัญหาทำให้มีความร่วมมือจากชุมชนน้อย มีการทำงานแบบแยกส่วนขาดผู้รับผิดชอบหลัก รวมถึงขาดการประสานเชื่อมโยงและการเฝ้าระวังดูแลอย่างระบบ จึงได้พัฒนารูปแบบ "เก้าเลี้ยวโมเดล" เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนระบบการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาจิตเวชและยาเสพติดชุมชน ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงอาการทางจิตและใช้สารเสพติดให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด ในทุกระดับ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนด้วยทีม 5 กัลยาณมิตร

ปัจจุบันผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์ (นายชยันต์ ศิริมาศ) ได้ให้ความสำคัญในดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง และได้เล็งเห็นแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชอำเภอเก้าเลี้ยว (เก้าเลี้ยวโมเดล) ที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว และผลักดันขยายผลการนำรูปแบบ “เก้าเลี้ยวโมเดล” ไปใช้ทั้งจังหวัด โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนระดับจังหวัด ร่วมกันดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกระดับ จึงได้มอบนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้กับทุกส่วนราชการ มุ่งสู่แนวทาง “นครสวรรค์สุขใจ” จึงได้สรุปประสบการณ์การดำเนินงาน “เก้าเลี้ยวโมเดล” เป็นคู่มือเพื่อให้หน่วยงานอื่นนำไปขยายผล และเป็นแนวทางเพื่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่

บริบทพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว

คำขวัญอำเภอ :
เก้าคุ้งคดเคี้ยว เก้าเลี้ยวเลื่องลือ มะลิ ฝรั่งขึ้นชื่อ นับถือหลวงพ่อเฮง



ทิศเหนือ : ติดต่อกับอำเภอบรรพตพิสัย
และ อำเภอโพทะเล (จังหวัดพิจิตร)
ทิศใต้ : ติดต่อกับอำเภอเมืองนครสวรรค์
ทิศตะวันออก : ติดต่อกับอำเภอชุมแสง
ทิศตะวันตก : ติดต่อกับอำเภอบรรพตพิสัย

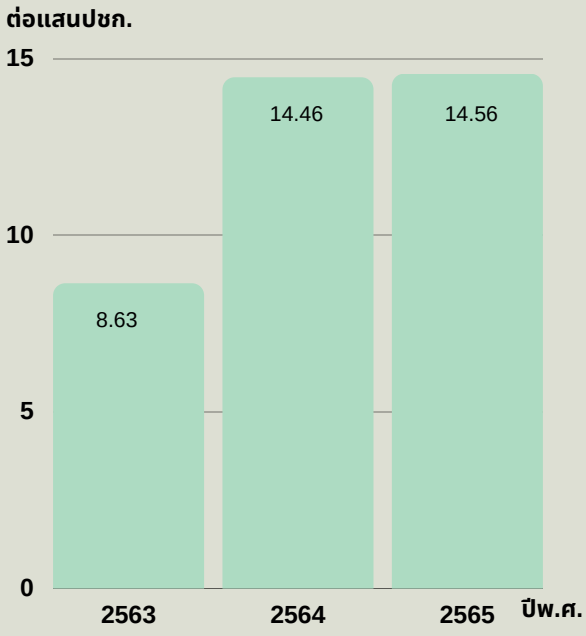


อำเภอเก้าเลี้ยว เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ มีพื้นที่ทั้งหมด 256.7 ตารางกิโลเมตร ประชากร 34,665 คน แบ่งการปกครองเป็น 5 ตำบล 43 หมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป เป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีประวัติและวัฒนธรรมอันดีมายาวนาน

ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดและจิตเวชที่นับวันจะมีมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสังคมมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตจึงมีมากขึ้น จากปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อนตลอดจนมีการใช้สารเสพติดเข้ามาแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างผิดวิธี นอกจากนี้สังคมโซเชียลที่มีการเผยแพร่ข้อมูลสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่ออื่นใด ทำให้ก่อให้เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบ รวมทั้งขาดกลไกการฟื้นฟู สมรรถภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยจากการเสพยาเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทุเลาแล้วสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจ โดยคำนึงถึงหลักการการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ และประชาชนในทุกภาคส่วน ตลอดจนการห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียงและเกียรติคุณ

สถานการณ์สุขภาพจิตอำเภอเก้าเลี้ยว

- **ในปี 2563** มีจำนวน 13 ราย พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2563 มีจำนวน 3 ราย โดยใช้วิธีผูกคอ สาเหตุมาจากปัญหาความสัมพันธ์ น้อยใจถูกดุด่า โดนตำหนิ, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด, ผิดหวังจากความรัก, หนี้สิน มีโรคทางจิตเวช คิดเป็น 8.63 ต่อแสนประชากร
- **ปี 2564** มีจำนวน 12 ราย พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวน 5 ราย โดยใช้วิธี ผูกคอ กินยากำจัดวัชพืช สาเหตุมาจากปัญหาความสัมพันธ์, น้อยใจถูกดุด่า โดนตำหนิ, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด, มีโรคทางจิตเวช คิดเป็น 14.46 ต่อแสนประชากร
- **ปี 2565** จำนวน 12 ราย พบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ มีจำนวน 5 ราย โดยใช้วิธี ผูกคอ สาเหตุมาจาก โรคทางกาย, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด, ดื่มสุรา คิดเป็น 14.56 ต่อแสนประชากร



จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ แบ่งตามอาการ ณ มิถุนายน 2565

รพ.สต	ผู้ป่วยจิตเวช	ควบคุมได้	มีอาการบ้าง	มีอาการรุนแรงบางครั้ง
ท่ากระดังงา	29	27	2	0
หนองเต่าใต้	36	32	4	0
เขาดิน	17	13	3	1
ดงเมืองใต้	18	16	2	0
หนองแพงพวย	11	9	2	0
หัวดง	38	34	4	0
รพ.เก้าเลี้ยว	32	28	4	0
รวม	181	159	21	1

การทำงานที่ผ่านมา

ปี 2565 อำเภอเก้าเลี้ยวพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย (เกินเกณฑ์) ซึ่งสูงเป็นอันดับสองของจังหวัด มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด นอกจากนั้นยังพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้อยู่ในฐานระบบการรักษาอีกจำนวนไม่น้อย ยังไม่แสดงอาการหรืออาจมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมรุนแรง รวมไปถึงเคยเกิดเหตุสะเทือนขวัญจากผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความหวาดกลัว และรู้สึกไม่ปลอดภัยกับการอยู่ร่วมกับบุคคลที่มีอาการทางจิตเวชและใช้สารเสพติดในชุมชน ไม่มีใครรับผิดชอบต่อเหตุการณ์หรือผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนในพื้นที่ขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยงานในพื้นที่ ในการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยในชุมชน เนื่องจากหน่วยงานต่างๆ แต่ละส่วนในพื้นที่ ยังไม่มีแบบแผนการดำเนินงานร่วมกัน จึงไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการจัดการปัญหาของผู้ที่มีอาการจิตเวชได้อย่างถูกต้องว่าเป็นหน้าที่หลักของหน่วยงานใดในการจัดการปัญหา และประเด็นสำคัญที่ไม่มีใครอยากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงในการเข้าไปรับตัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อไปบำบัดรักษานั้นเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องเตรียมบุคลากรพนักงาน เจ้าหน้าที่แต่ละฝ่าย เตรียมอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชเกิดอาการคุ้มคลั่ง อาจทำร้ายเจ้าหน้าที่ทีมแพทย์ได้ ในขณะที่ไปรับตัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งวิธีการจัดการปัญหากับผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร

ปัญหามากมาย

- ก่อความรุนแรง : อู๊ด(นามสมมุติ) ฆ่าบิดาตนเอง, ศักดิ์(นามสมมุติ) คุ้มคลั่งขังพระไว้ในกุฏิ ทำให้พระเสียชีวิต, ทำร้ายคนในครอบครัว, เผาบ้านตนเอง
- ชุมชนหวาดระแวง : กลัวทรัพย์สินจะหาย, กลัวโดนทำร้าย, ขับไล่
- อาการไม่ดีขึ้น : ไม่มีญาติดูแล, ครอบครัวพังทลายขาดกำลังใจที่จะสู้ต่อ, ยากจน, กินยาไม่ต่อเนื่อง, เดินทางลำบาก!!
- สื่อมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ ที่มีการนำภาพข่าวความรุนแรงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการคุ้นเคยและกระตุ้นให้อยากก่อความรุนแรง
- ปัญหายาเสพติด ที่มีคนเข้ามาเสพยามากขึ้นจนเกิดอาการป่วยเป็นจิตเวชในที่สุด

พบผู้ป่วยจะบอกใคร : หน่วยงานไหนรับผิดชอบ, แก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายๆไป, จะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน, จะประสานใคร

การส่งต่อที่มีขั้นตอนซับซ้อน

เมื่อระบบการทำงานถูกกำหนดด้วยแนวทางการส่งต่อที่ส่วนราชการคาดหวังมากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักไม่ได้รับการส่งต่อไปรักษาในระยะยาวกับแพทย์เฉพาะทาง ทุกครั้งมักประสบปัญหา เมื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล “ผู้ป่วยพูดจาดี สงบ ไม่มีอาการ“ (กลายเป็นคนละคนกับที่บ้าน) ขาดหลักฐานที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ที่รับส่งต่อ เช่น ไม่มีญาติมาด้วย, ไม่มีประวัติ, ไม่มีภาพถ่าย เพื่อยืนยันกับแพทย์ จึงทำให้การรักษา ณ วันนั้นไม่เป็นอย่างที่ญาติต้องการ







ว่าที่ร้อยตรี ยุทธภูมิ จับจิตต์ ประธานคณะกรรมการฯ ปี พ.ศ. 2565

คืนข้อมูล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช มีปัจจัยที่มีผลกระทบจากปัญหาหลายๆด้านที่ส่งผลให้ผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ไม่สามารถควบคุมอาการ ดูแลตนเองและอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ อาทิเช่น ปัญหาที่เกิดจากครอบครัวยากจน ไม่มีญาติดูแล ใช้ยาเสพติด ความเครียดจากเศรษฐกิจ รวมถึงการดูแล รักษาผู้ป่วยที่มีการเฝ้าระวัง ติดตามเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการกิยยาได้อย่างต่อเนื่อง ขาดยา อาการไม่ทุเลาลง ซึ่งเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอเก้าเลี้ยว จึงได้นำปัญหาต่างๆ หารือร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อหาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันและบูรณาการ พบว่า อำเภอเก้าเลี้ยว มีผู้ป่วยในระบบทะเบียน จำนวน 181 ราย ควบคุมตนเองได้/ทานยาปกติ 159 ราย, ทานยาไม่ต่อเนื่อง 21 ราย และมีอาการควบคุมตนเองไม่ได้ 1 ราย มีกลุ่มเสี่ยงใช้ยาเสพติดจากค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน จำนวน 87 ราย (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2565) และพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1.ทะเบียนผู้ป่วยมาจากแหล่งข้อมูลเดียว ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่

2.กระบวนการส่งต่อล่าช้า ซึ่งเกิดจากความซับซ้อนของแนวทางการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์/รพ.จิตเวช กำหนด

3.ไม่มีระบบการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนแบบบูรณาการ ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

4.การเข้าถึงระบบบริการที่ล่าช้า ซึ่งเกิดจากความยากจน ความไม่พร้อมของผู้ป่วยและญาติ การเดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



"ทุกหน่วยงานต้องร่วมกัน
ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกันได้
ชุมชนต้องให้โอกาส
ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน"

นางสาวธิติกมล สุขเย็น
นายอำเภอเก้าเลี้ยว
ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี พ.ศ. 2566

อำเภอเก้าเลี้ยว สร้างทีมปฏิบัติการเพื่อแปลงนโยบายของจังหวัดให้เป็นรูปธรรม โดยการบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข โรงพยาบาล รวมถึงผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของอำเภอเก้าเลี้ยว สร้างเป็นทีมปฏิบัติการ “เก้าเลี้ยวโมเดล” เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช และผู้เสพยาเสพติด เป็นไปด้วยความเรียบร้อย โดยอาศัยอำนาจตามตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่8) พ.ศ. 2553 มาตรา65 ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่2) พ.ศ. 2562 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ข้อ 11 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564

อำเภอเก้าเลี้ยว ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชอำเภอเก้าเลี้ยวขึ้น ณ ที่ทำการปกครองอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ โดยออกคำสั่งอำเภอเก้าเลี้ยว ตั้งแต่วันที่ 22 กรกฎาคม 2565 และปรับปรุงคำสั่งลงวันที่ 21 มิถุนายน 2566 โดยเน้นการบริหารราชการแบบบูรณาการในพื้นที่ระดับอำเภอรวมถึงเครือข่ายอื่น เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานราชการและได้ดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมมาโดยตลอดมีการประชุมวางแผนอย่างต่อเนื่องกำหนดโครงสร้างกลุ่มงานและอำนาจหน้าที่ ใช้หลักการบริหารจัดการหน่วยงานในพื้นที่เชิงบูรณาการร่วมกัน มีการรายงาน ส่งต่อและติดตามผล โดยใช้แนวทางการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 กัลยาณมิตร ตามแผนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ต้นน้ำ ประชุมวางแผนงานกำหนดอำนาจหน้าที่ สร้างความเข้าใจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในช่วงไม่มีเหตุ

กลางน้ำ จัดบุคลากรและอุปกรณ์ ดำเนินการควบคุมส่งต่อในช่วงเกิดเหตุ

ปลายน้ำ ใช้แนวทางการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 กัลยาณมิตร ในการประสานงาน รายงานและติดตามให้การช่วยเหลือในช่วงหลังเกิดเหตุเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกระดับอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ และเป้าหมายการสร้างความปลอดภัยในพื้นที่

1) สร้างชุมชนให้ปลอดภัย โดยหยุดการสูญเสียจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและใช้สารเสพติด
2) ค้นหาและนำผู้มีความผิดปกติทางจิตเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา
3) นำผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนลดมีอาการเป็นซ้ำ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามปกติ
4) ให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ชุมชนและภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาจิตเวชและยาเสพติด

เราจะร่วมมือกัน ช่วยกัน ...ด้วยใจ
"อาสา และ ศรัทธา"



ภาคีเครือข่ายที่สำคัญ

	อำนาจหน้าที่
กรมการปกครอง	วางแผนระบบ กำกับ ติดตาม และสั่งการร่วมทีมปฏิบัติการ (กำนัน/ผญบ./อปพร)
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	บังคับใช้กฎหมาย ตรวจตราพื้นที่ (ร่วมทีมปฏิบัติการ)
กระทรวงสาธารณสุข	ทำแนวทางการรักษา ส่งต่อ ประสานเครือข่าย ติดตามและรายงานผล (ร่วมทีมปฏิบัติการ)
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	สนับสนุนงบประมาณ จัดรถรับ-ส่ง (ร่วมทีมปฏิบัติการ)
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	รพ.สต. ดำเนินการ คัดกรอง ประเมิน รักษา ส่งต่อและติดตามผู้ป่วยในพื้นที่
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	ส่งเสริมบทบาททางสังคม สนับสนุน ช่วยเหลือสวัสดิการด้านต่างๆ และการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวและชุมชนในการรองรับผู้ป่วย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	คัดกรอง ช่วยเหลือ ดูแล ติดตาม รายงานสถานการณ์ (ร่วมทีมปฏิบัติการ)

รูปแบบการเฝ้าระวัง สุขภาพจิตและยาเสพติด

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการป้องกันโรคและการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกลไกในการดำเนินการขับเคลื่อนในการร่วมกันตัดสินใจ วางแผนและกำกับติดตามการป้องกันเฝ้าระวังโรคจิตเวช ในอำเภอ โดยใช้ แนวคิด community Base Surveillance มาประยุกต์กับการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตผลและการสะท้อนผล มาพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังโรคจิตเวช อันนำไปสู่รูปแบบที่สามารถติดตามดูแล ช่วยเหลืออย่างลื่นไหลสมบูรณ์ และหลังจากการพัฒนารูปแบบแล้วจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามดูแล อาการกำเริบไม่เกิดขึ้น รวมถึงไม่พบเหตุการณ์ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเองและท้ายสุดไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายจากผู้ป่วยจิตเวช

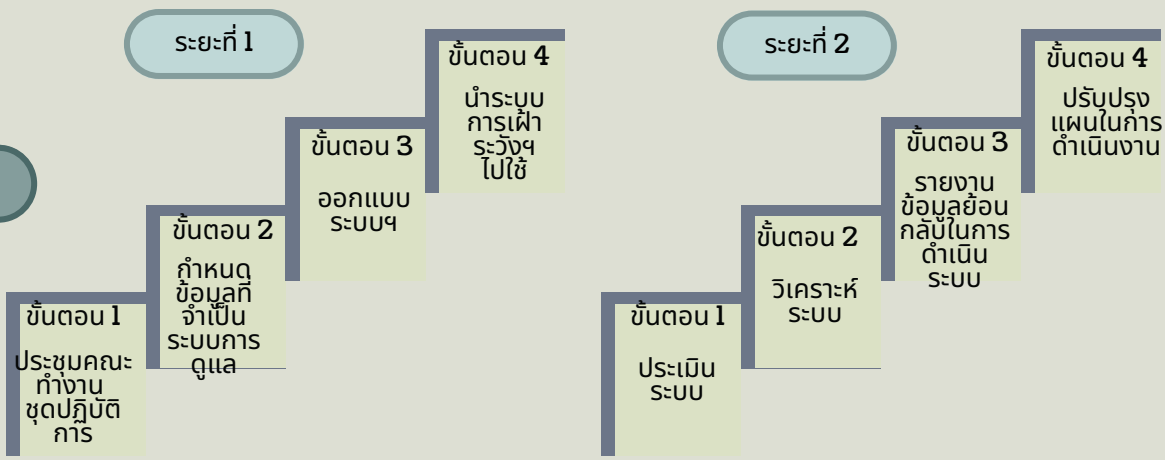
ระยะ

- ระยะที่ 1 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิตแบบบูรณาการ
- ระยะที่ 2 ประเมินระบบการเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิต

กระบวนการ

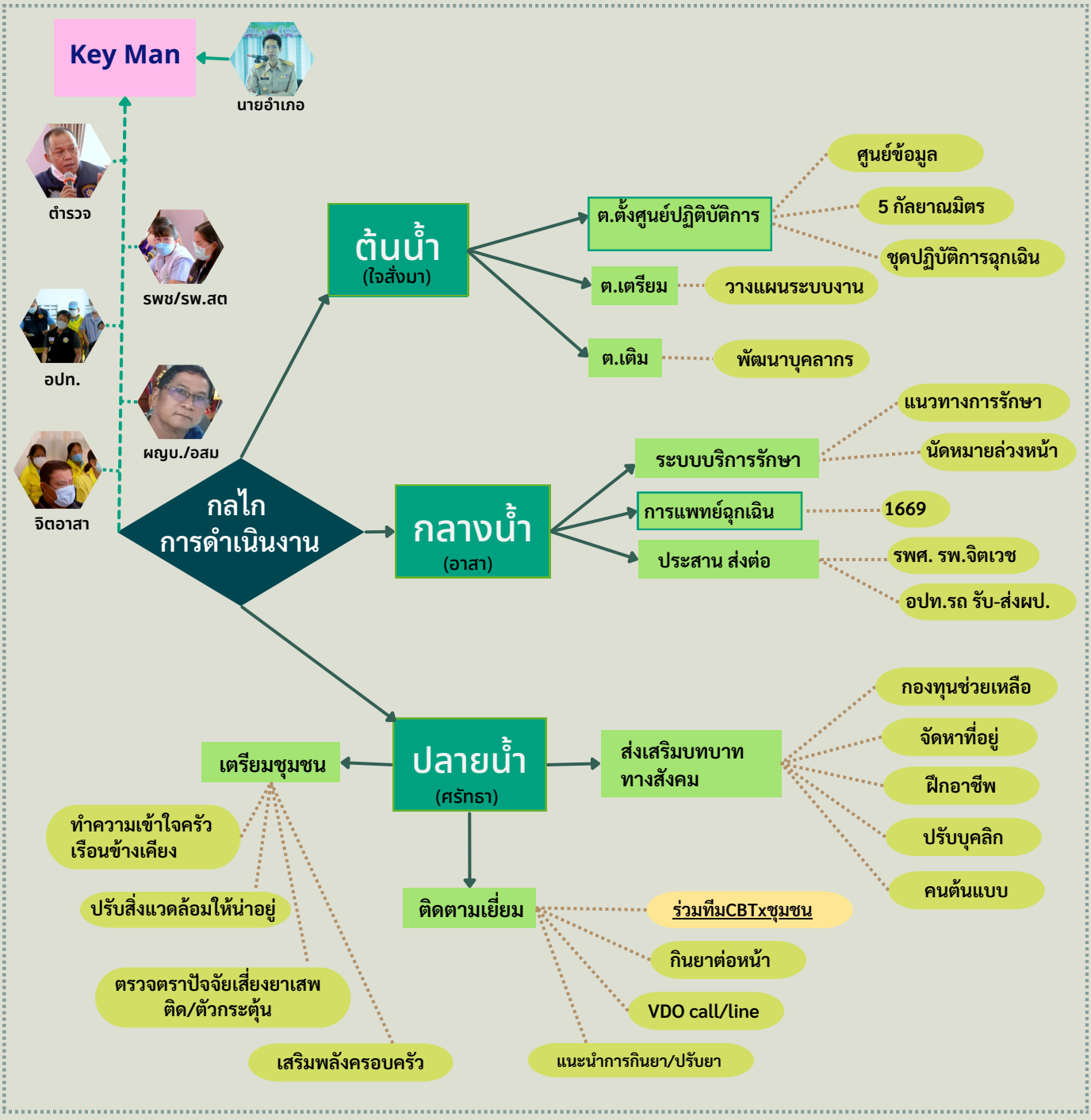
1. วางแผน ศึกษาคณะทำงาน ชุดปฏิบัติการ ข้อมูลที่จำเป็น ระบบการดูแลช่วยเหลือ
2. ปฏิบัติ นำระบบข้อมูลช่วยเหลือไปใช้ในการจัดการสุขภาพจิตยาเสพติด
3. ตรวจสอบ ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลที่นำไปใช้
4. ปรับปรุง ปรับปรุงระบบการดูแล

ขั้นตอน



กลไกการดำเนินงาน

การจัดทำแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิต, จิตเวช และยาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนงาน โดยเฉพาะการจัดตั้งผู้ประสานงานหลักของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ



ระบบการเฝ้าระวังและดูแล

ต้นน้ำ	1.จัดตั้งศูนย์อำนวย สั่งการ การระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยมีหลายภาคส่วนร่วมดำเนินการในชุดปฏิบัติการ	1.กระบวนการ: คืนข้อมูลให้ส่วนราชการทราบ และจัดทำคำสั่งชุดปฏิบัติฯขึ้น โดยมีการติดตามผลการดำเนินงาน เดือนละ 1ครั้ง
	2. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล	2.กระบวนการ : จัดตั้งทีมผู้ประสานงานรวบรวมข้อมูล ให้ครอบคลุมพื้นที่จำนวน 3 ศูนย์ ได้แก่ 2.1.รพ. จากทะเบียนรักษาผู้ป่วยในรพ. 2.2 สสอ. จากทะเบียนใน รพ.สต.ทุกแห่งและรายงานอสม. 2.3.ปกครอง จากการค้นหาในชุมชนโดยผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน
	3.จัดตั้งทีม 5 กัลยาณมิตร ในการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยในชุมชน	3.กระบวนการ: ประชุมชี้แจงหน้าที่ ทำความเข้าใจให้ทีมระดับตำบลทราบทุกตำบล รายงานการติดตามผู้ป่วยทุกกลุ่มความรุนแรง (กลุ่มสี) ตามแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน และแบบประเมิน OAS เดือนละ 1 ครั้ง
	4.จัดตั้งชุดปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มมีอาการก้าวร้าวรุนแรง	4.กระบวนการ : มีการประชุมวางแผนก่อนดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยแบบAAR , มีการแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบของทีมชัดเจน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย รัดกุม และจัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการทำงาน เช่น กลุ่มไลน์เฉพาะ, อปท. จัดรถรับส่งผู้ป่วย
	5.พัฒนาศักยภาพทีมดำเนินการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด	5.กระบวนการ : จัดประชุมชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ในเวทีประชุม พชอ./ผู้ใหญ่บ้านกำนัน/อสม./เวทีประชาคม รวมไปถึงมีการจัดอบรมให้ความรู้กับทีมโดยวิทยากรจาก สสอ , รพช และตำรวจ
กลางน้ำ	รพ.สต. และรพช.มีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการรักษา ส่งต่อ ตามแนวทางของService Plan สาขาสุขภาพจิต	กระบวนการ : มีการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อแก้ไขแนวทาง ให้เหมาะสมกับรูปแบบการรักษาส่งต่อ ให้สอดคล้องกับทีมภาคีเครือข่าย
ปลายน้ำ	1.เตรียมชุมชน ก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน	1.กระบวนการ : มีการชี้แจงเตรียมความพร้อมให้ญาติและชุมชนทราบ เพื่อปรับทัศนคติและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจากกลับจาก รพ. โดยการประชาคมญาติและชาวบ้านใกล้เคียง, ปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในและภายนอกบ้านให้สะอาด เช่น ห้องนอนต้องสะอาด น่าอยู่, ต้นไม้ ขยะรอบบ้าน, ทำลายอุปกรณ์ที่เป็นสิ่งเล้าให้ก่อเหตุซ้ำได้
	2.ติดตามการกลืนยา	2.กระบวนการ : ทีม 5 กัลยาณมิตร จะติดตามผู้ป่วยกลืนยาที่บ้านทุกวัน โดยการสลับเวรกันไปติดตามและถ่ายรูปหรือคลิปวีดีโอส่งให้ทีมดู, ให้การช่วยเหลือเมื่อมีอุปสรรคปัญหา ตามรายกรณี เช่นที่อยู่อาศัย/อาชีพ/ถุงยังชีพ
	3.สวัสดิการต่างๆ	3. กระบวนการ : มีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐ และเอกชน ภาคีเครือข่าย ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ประสาน พม. ในการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวและชุมชนในการรองรับผู้ป่วยภายหลังการบำบัดรักษา - การให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ - การประสานส่งต่อเข้ารับการช่วยเหลือ เช่น สถานที่พักพิง กรณีไม่มีที่อยู่อาศัย, อปท.จัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยระหว่างการรักษา

ขั้นตอนสร้างทีม ”เก้าเลี้ยวโมเดล”

1. หาภาคีเครือข่าย โดยผลักดันให้ออกเป็นคำสั่งอำเภอ (ค้นหา)

1.1 ติดต่อส่วนราชการต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจและหาแนวร่วม โดยเริ่มจากการประชุมประจำเดือนของอำเภอ ติดต่อทำความเข้าใจกับส่วนราชการที่มีหน้าที่ เริ่มจากฝ่ายปกครอง, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลชุมชน, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นฯลฯ

1.2 นำเสนออำนาจหน้าที่ของหน่วยงานหรือบุคคลต่างตามพรบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2562

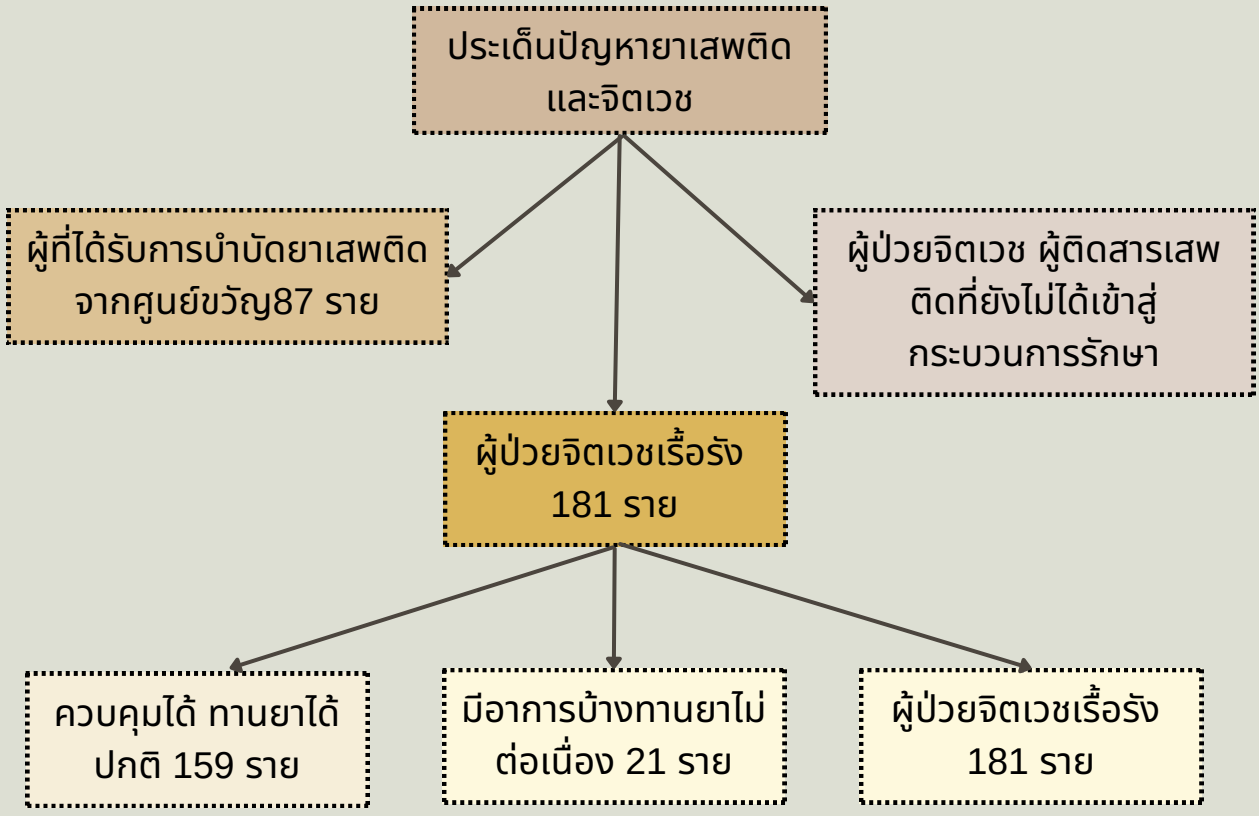
1.3 ประชุมกลุ่มย่อย ผลักดันให้มีการทำคำสั่งอำเภอ (การดำเนินการ เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่)

2.ร่วมกับภาคีเครือข่าย ค้นหาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ในภาวะอันตรายหรือ มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

2.1 ค้นหาหาจากฐานข้อมูลเดิมของ โรงพยาบาลชุมชน, รพ.สต. ฯลฯ ซึ่งมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานอยู่แล้ว

2.2 ค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่เขาสู่ระบบของฐานข้อมูลตามข้อ 2.1 โดยเริ่มจากข้อมูลของชุดสืบสวน สายตรวจตำบล ผู้นำท้องที่ท้องถิ่นอสม.ประจำหมู่บ้าน ประชาชนในพื้นที่ (การดำเนินการ เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่)

3. รวบรวมข้อมูลและคัดแยกประเภทของผู้ป่วย ตามอาการแบ่งเป็น สีเขียว สีเหลือง สีแดง



ขั้นตอนสร้างทีม ”เก้าเลี้ยวโมเดล”

4. ร่วมกับภาคีเครือข่ายนำผู้ป่วยส่งบำบัดรักษาขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก เพราะแต่เดิมเป็นหน้าที่ของตำรวจ เก้าเลี้ยวโมเดลจึงได้ดำเนินการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ดังนี้

4.1 พนักงานเจ้าหน้าที่ (จนท.รพ, จนท.รพ.สต.)
4.2 พนักงานฝ่ายปกครอง (นายอำเภอ, ปลัดอำเภอ, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ)
4.3 ตำรวจ
4.4 ชุมชน (ญาติผู้ป่วย อสม.)
4.5 หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน
4.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. ร่วมกับภาคีเครือข่ายรับตัวผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา วางมาตรการไม่ให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกภายหลังรับการบำบัด

5.1 เตรียมพื้นที่ เช่น สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่พักของผู้ป่วย
5.2 ทำความเข้าใจกับญาติผู้ป่วยและชุมชน ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย
5.3 หาคนรับผิดชอบในการให้ผู้ป่วยทานยาตามกำหนด รวมทั้งการรับยาจาก โรงพยาบาล
5.4 หาแนวทางในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปหาต้นเหตุของการเกิดการป่วย เช่น ไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติด เป็นต้น
5.5 ใช้ 5 กัลยาณมิตร ในการติดตามเยี่ยมเยียน เฝ้าระวัง ฯลฯ



ต้นน้ำ

1.จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่างๆ

1.1 จัดตั้งศูนย์อำนวยการ สั่งการ

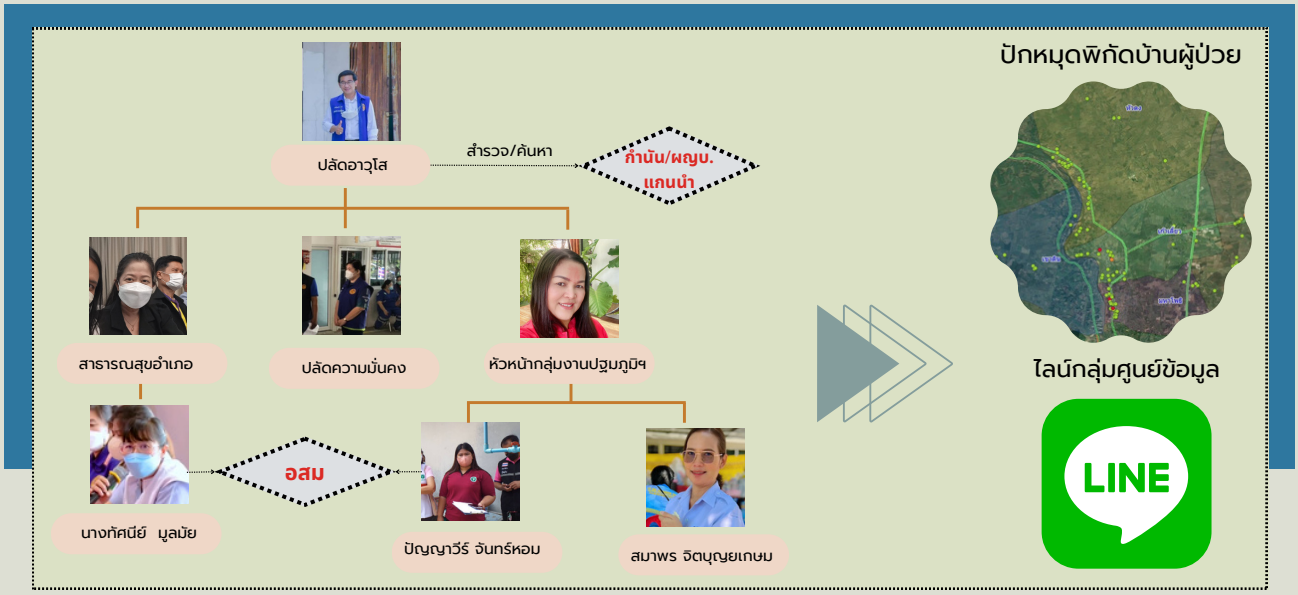
1อำนวยการ : ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการทุกภาคส่วน
บทบาทหน้าที่ : กำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน ให้คำปรึกษา สนับสนุน ติดตาม กำกับดูแล และขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

2.บังคับใช้กฎหมาย : ประกอบด้วยเจ้าพนักงานหน้าที่ตามกฎหมายดำหนด
บทบาทหน้าที่ : จัดทำแผนปฏิบัติการ จัดชุดเผชิญเหตุ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ออกหนังสือเรียก/สอบถาม รับแจ้งเหตุ และส่งตัวเพื่อการรักษาหรือดำเนินคดี

3.บำบัด รักษา ฟื้นฟู : ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน, รพ.สต.,สสอ., วัด, รร., สถานประกอบการ, อสม.ในพื้นที่ จิตอาสาในชุมชน ฯลฯ
บทบาทหน้าที่ : รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประเมิน คัดกรองแยกกลุ่มสี(เขียว เหลือง แดง) ถ่ายทอดความรู้ ประสาน รับ-ส่งต่อ รักษา ติดตามผู้ป่วย รายงานผล

1.2 จัดตั้งศูนย์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากทะเบียนในระบบการรักษาของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ทะเบียนผู้เสพยาเสพติดจากค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดินปีก่อนหน้า ทะเบียนการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงจากสถานีตำรวจภูธรในท้องที่ และรวบรวมจากการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(พัฒนาชุมชน) นำมาจัดระบบข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการเฝ้าระวัง ดูแล รักษา ติดตามผู้ป่วยในชุมชน



การบังคับใช้กฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานการแก้ปัญหาผู้มีความผิดปกติทางจิต เป็นแนวทางที่จะทำให้คณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ มีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายของตนเอง และสร้างความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ

อำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานการแก้ปัญหาผู้มีความผิดปกติทางจิต ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

อำนาจหน้าที่ของตำรวจ

1. นำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย”หรือ“มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาเมื่อพบหรือได้รับการรับแจ้ง ตามมาตรา 23, 24 พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551, มาตรฐานการปฏิบัติงานในการระงับเหตุ (sop) กรณีคนคลุ้มคลั่ง ตามคู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสายงานป้องกันปราบปราม, บันทึกว่าด้วยความร่วมมือ เพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด บันทึกทำไว้ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2565

2. ในกรณีฉุกเฉินเมื่อเจ้าพนักงานตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปในสถานที่ใดๆ เพื่อนำตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตไปสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้าเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา 27 หากบุคคลนั้นขัดขวาง หรือหลบหนี หรือพยายามหลบหนี ตำรวจมีอำนาจใช้วิธีการเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในการนำตัว มาตรา 26

3. หน้าที่ในการติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีออกนอกเขตสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และญาติ เพื่อติดตามบุคคลนั้นกลับมาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา มาตรา 33

4. มีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ตามมาตรา 41/1 ซึ่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

5. ดำเนินการตามคำร้องขอ ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 46 โดยมีอำนาจเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่า บุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับมีเหตุอันควรเชื่อว่าเนื่องจากการเนิ่นช้ากว่าจะเอาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้น จะหลบหนีไป หรือกรณีมีเหตุฉุกเฉินเนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง



บังคับใช้กฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานการแก้ปัญหาผู้มีความผิดปกติทางจิต ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

อำนาจหน้าที่ของตำรวจ

1. นำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย”หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อพบหรือได้รับการรับแจ้ง ตาม มาตรา 23, 24 พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 , มาตรฐานการปฏิบัติงานในการระงับเหตุ (sop) กรณีคนคลุ้มคลั่ง ตามคู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสายงานป้องกันปราบปราม, บันทึกว่าด้วยความร่วมมือเพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด บันทึกทำไว้ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2565
2. ในกรณีฉุกเฉินเมื่อเจ้าพนักงานตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปในสถานที่ใดๆ เพื่อนำตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตไปสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา 27 หากบุคคลนั้นขัดขวาง หรือหลบหนี หรือพยายามหลบหนี ตำรวจมีอำนาจใช้วิธีการเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในการนำตัว มาตรา 26

3. หน้าที่ในการติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีออกนอกเขตสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจและญาติเพื่อติดตามบุคคลนั้นกลับมาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ตามมาตรา 33

4. มีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ตามมาตรา 41/1 ซึ่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

5. ดำเนินการตามคำร้องขอ ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 46 โดยมีอำนาจเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่าบุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับมีเหตุอันควรเชื่อว่าเนื่องจากการเนิ่นช้ากว่าจะเอาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้น จะหลบหนีไป หรือกรณีมีเหตุฉุกเฉินเนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง

บังคับใช้กฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของพนักงานฝ่ายปกครอง

1. นำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย”หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อพบหรือได้รับการรับแจ้ง ตาม มาตรา 23, 24 พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ,

2.ทำหน้าที่ในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการความผิดปกติทางจิตของประชาชนในหมู่บ้านและนำผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ บันทึกว่าด้วยความร่วมมือ เพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด บันทึกทำไว้ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2565 (กรมการปกครอง)

3. ทำหน้าที่ดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามที่ได้รับการประสาน บันทึกว่าด้วยความร่วมมือ เพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด บันทึกทำไว้ ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2565 (กรมการปกครอง)

4. ในกรณีฉุกเฉินเมื่อเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปในสถานที่ใดๆ เพื่อนำตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตไปสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา 27 หากบุคคลนั้นขัดขวาง หรือหลบหนี หรือพยายามหลบหนี พนักงานฝ่ายปกครองมีอำนาจใช้วิธีการเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในการนำตัว ตามมาตรา 26

5. หน้าที่ในการติดตามผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยหลบหนีออกนอกเขตสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และญาติ เพื่อติดตามบุคคลนั้นกลับมาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ตามมาตรา 33

6. มีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ตามมาตรา 41/1 ซึ่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย

7. ดำเนินการตามคำร้องขอ ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 46 โดยมีอำนาจเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่า บุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับมีเหตุอันควรเชื่อว่า เนื่องจากการเนิ่นช้ากว่าจะเอาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้น จะหลบหนีไป หรือกรณีมีเหตุฉุกเฉินเนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง

บังคับใช้กฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดและรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศ เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2564 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา หน้า 10 เล่มที่138 ตอนพิเศษ 102 ง ลงวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ.2564

"พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามประกาศประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 ตำแหน่งที่สำคัญในจังหวัดต่างๆ เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอีกหลายๆตำแหน่ง"

1. นำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย”หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อพบหรือได้รับการรับแจ้ง ตาม มาตรา23, 24 พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551

2. ในกรณีฉุกเฉินเมื่อเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปในสถานที่ใดๆ เพื่อนำตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตไปสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา 27 หากบุคคลนั้นขัดขวาง หรือหลบหนี หรือพยายามหลบหนี พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจใช้วิธีการเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในการนำตัว ตามมาตรา 26

3. มีหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในการแจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล และในกรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชนตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดแล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ ตามที่ได้รับแจ้งจากหัวหน้าสถานบำบัดรักษา มาตรา 40

อำนาจเฉพาะของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา 46

มาตรา 46 ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ ดังต่อไปนี้

(1) เข้าไปในเคหะสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคล ซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อน่ามีลักษณะตามมาตรา 22 ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่าบุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับมีเหตุอันควรเชื่อว่าเนื่องจากการเนิ่นช้ากว่าจะเอาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้นจะหลบหนีไป หรือกรณีมีเหตุฉุกเฉินเนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง

(2) ซักถามบุคคลใด ๆ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย พฤติกรรมและความสัมพันธ์ ในครอบครัวและชุมชนของบุคคลตาม (1)

(3) มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจงเป็นหนังสือหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประกอบการพิจารณา

การดำเนินการตาม (1) พนักงานเจ้าหน้าที่อาจร้องขอให้พนักงาน ฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือก็ได้ ทั้งนี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

บังคับใช้กฎหมาย

อำนาจหน้าที่ของสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

1.การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

มาตรา 27 ให้แพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนและพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนที่ประจำสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น บุคคลที่มีการนำส่งตามมาตรา 24 มาตรา 25 หรือมาตรา 26 ให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้าทั้งนี้ ต้องไม่เกินยี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคหนึ่ง ให้แพทย์มีอำนาจตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาเพียงเท่าที่จำเป็นตามความรุนแรงของอาการเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของบุคคลนั้น

ในกรณีที่ผลการตรวจตามวรรคหนึ่งปรากฏว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการโดยละเอียดจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดตามมาตรา 29

2.การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

มาตรา 29 เมื่อสถานบำบัดรักษารับบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่นำส่งตามมาตรา 27 วรรคสาม หรือแพทย์นำส่งตามมาตรา 28 แล้วแต่กรณี ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการบุคคลนั้นโดยละเอียดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับตัวบุคคลนั้นไว้ ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้มีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา
2. ให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้ จะกำหนดเงื่อนไขใดๆที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้นหรือผู้รับดูแลบุคคลนั้นต้องปฏิบัติด้วยก็ได้

ให้นำความในมาตรา 27 วรรคสอง มาใช้บังคับกับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการตามวรรคหนึ่งโดยอนุโลม

หลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาและมีคำสั่งตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 30 คำสั่งรับผู้ป่วยไว้บำบัดรักษาตามมาตรา 29 (1) ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษากำหนดวิธีการและระยะเวลาการบำบัดรักษาตามความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่มีคำสั่ง และอาจขยายระยะเวลาได้อีกครั้งละไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่มีคำสั่งครั้งแรกหรือครั้งถัดไป

ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพิจารณาผลการบำบัดรักษา เพื่อมีคำสั่งตามมาตรา 29 (1) หรือ (2) แล้วแต่กรณีก่อนสิ้นกำหนดระยะเวลาบำบัดรักษาในแต่ละครั้งตามวรรคหนึ่งไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

บังคับใช้กฎหมาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหน่วยงานของรัฐ

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงสภากาชาดไทย

มาตรา 41/1 ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขรวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วยการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

อำนาจหน้าที่ของตำรวจ

การนำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย” หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

หน้าที่หลักตามกฎหมายในการนำตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ที่อยู่ใน “ภาวะอันตราย”หรือ “มีความจำเป็นต้องได้รับการบัดรักษา” ไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา คือพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ แต่สำหรับ “เก้าเลี้ยวโมเดล” นั้น ใช้การนำตัวร่วมกันกับเครือข่ายโดยมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้

เมื่อพบบุคคลผู้มีความผิดปกติทางจิต(ผู้ป่วย) หน้าที่หลักเป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการนำตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมเรียกว่า ทีมปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจ ฝ่ายปกครอง โรงพยาบาลประจำตำบล(รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีม 5 กัลยาณมิตร ร่วมกันเข้าปฏิบัติการดำเนินการนำตัวผู้ป่วย นำส่งไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

เจ้าหน้าที่ตำรวจ จะได้รับแจ้งการพบผู้ป่วย 2 ทาง คือ

1.รับแจ้งจากศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช กรณีนี้ ฝ่ายปกครองซึ่งเป็นหน่วยงานที่ออกคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฯ จะเป็นผู้แจ้งตำรวจและทีมปฏิบัติการ ให้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์เป็นหลัก

2.รับแจ้งทางอื่นๆ เช่นประชาชนทั่วไปแจ้งผ่าน 191 หรือผ่านสายตรวจหรือพนักงานสอบสวน กรณีนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจ ก็จะแจ้งไปยังศูนย์ปฏิบัติการฯ ให้แจ้งทีมปฏิบัติการฯ ส่วนอื่นดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

การปฏิบัติการเข้านำตัวผู้ป่วย

1. ประชุมวางแผนร่วมกันกับทีมปฏิบัติการ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเพราะหากวางแผนดีก็จะแก้ปัญหาการสูญเสียจากการปฏิบัติการในการนำตัวผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลของรัฐในที่นี้คือโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว นอกจากนี้จะแก้ปัญหาการวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวช หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแต่เดิมมักจะพบปัญหาแพทย์จะวินิจฉัยเบื้องต้นแล้วไม่รับไว้รักษาหรือไม่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากก่อนจะมีศูนย์ปฏิบัติการฯ ผู้นำตัวผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์ที่วินิจฉัยเบื้องต้น ไม่มีข้อมูลเพียงพอประกอบในการวินิจฉัยเบื้องต้น ในการวางแผนเบื้องต้นเป็นการแบ่งหน้าที่กันทำตามหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานดังต่อไปนี้

1.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจมีหน้าที่รับแจ้งและร่วมกับทีมในการเตรียมกำลังเข้านำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลชุมชน

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมเสนอข้อมูลผู้ป่วย(ถ้ามี) เช่น ซักประวัติผู้ป่วยโดยละเอียดจากผู้ป่วยเองหรือจากญาติผู้ป่วยร่วมกับทีมปฏิบัติการเข้านำตัวผู้ป่วยในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 แก้ไขฉบับที่ 1 พ.ศ.2562

1.3 โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว) เตรียมพร้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องในการรับตัวผู้ป่วยและที่สำคัญคือเตรียมทีมสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(1669) เข้าร่วมกับทีมปฏิบัติการฯ

1.4 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สนับสนุนยานพาหนะในการบริการญาติผู้ป่วยหรือตัวผู้ป่วยในบางกรณี ในการส่งตัวผู้ป่วยไปยัง สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดหรือสนับสนุนในส่วนอื่นๆ

1.5 ทีม 5 กัลยาณมิตร มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังสถานการณ์ของผู้ป่วย ให้ญาติผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมให้นำผู้ป่วยไปบำบัดรักษา หรือบางครั้งต้องบันทึกวีดีโอภาวะของผู้ป่วยเพื่อเป็นหลักฐานหรือข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์ และร่วมทีมปฏิบัติการฯ

การปฏิบัติการเข้านำตัวผู้ป่วย

2.การปฏิบัติการเข้านำตัวผู้ป่วย ในการนี้เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติในการระงับเหตุ (SOP) ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ.2564 มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศูนย์วิทยุ แจ้ง ชุดสายตรวจรถจักรยานยนต์(10) ชุดสายตรวจรถยนต์(20) แจ้งการแพทย์ฉุกเฉิน(1669) แจ้งกู้ภัย ร่วมกันไปที่เกิดเหตุ เมื่อได้รับแจ้งเหตุต้องมีการประเมินสถานการณ์ว่าผู้ป่วยมีภาวะอย่างไร มีอาวุธหรือไม่ มีผู้บาดเจ็บหรือไม่อย่างไร เพื่อเตรียมอุปกรณ์ เช่น ไม้ง่าม ปืนไฟฟ้า ปืนลูกซองยาง กำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เมื่อไปถึงจะต้องคำนึงถึงการรักษาระยะห่างจากจุดเกิดเหตุเพื่อความปลอดภัย และประเมินสถานการณ์อีกครั้งว่าตรงกับที่รับแจ้งหรือไม่

2.2 แสดงตนเพื่อควบคุมสถานการณ์ และเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ

2.3 ออกคำสั่งให้หยุดพฤติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์(แล้วแต่สถานการณ์) เช่น วางอาวุธ หยุดทำร้ายทรัพย์สิน หากมีความจำเป็นต้องหยุดยั้งสถานการณ์ทันที ให้นำหลักการระดับการใช้กำลัง มาใช้ตามความเหมาะสม

2.4 ถ้าอยู่ในสถานการณ์ที่ทำได้ ให้ใช้หลักการเจรจาที่เป็นมิตร หรือนำคนที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาเจรจา เพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์

2.5 ในกรณีที่ผู้ก่อเหตุไม่เชื่อฟัง และสถานการณ์อาจมีความรุนแรงมากขึ้นให้นำยุทธวิธีในเรื่องระดับการใช้กำลังเพื่อควบคุมสถานการณ์ให้เข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การใช้มือเปล่า ไม้ง่าม ปืนไฟฟ้า ปืนลูกซองยาง สตั้นท์บอมบ์

2.6 เมื่อควบคุมตัวผู้ป่วยได้แล้ว ให้คำนึงถึงหลักความปลอดภัยไม่ให้ผู้ป่วยก่อเหตุอันตรายอื่นๆ ได้อีก และให้มีการส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดทุกครั้ง

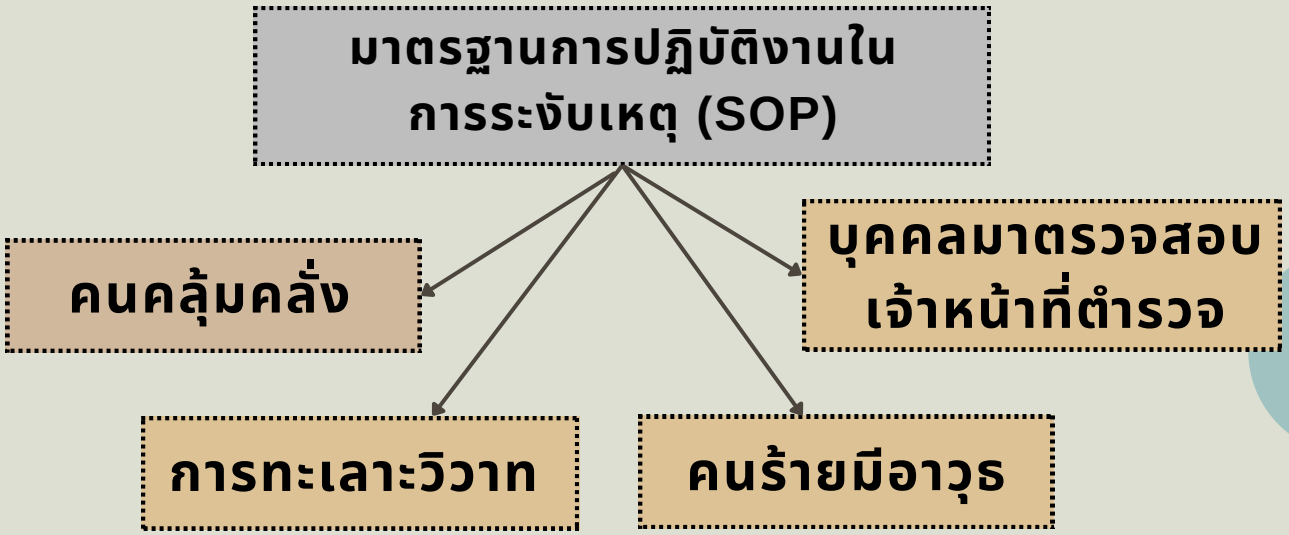
3. เมื่อทีมปฏิบัติการฯ นำตัวผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องอยู่ที่โรงพยาบาล เพื่อช่วยแพทย์หรือทีมงานของโรงพยาบาลในการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันเหตุอันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยหรือเหตุอื่น จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในความสงบหรือมีเจ้าหน้าที่อื่นอยู่ช่วยควบคุมนำตัวส่งสถานบำบัดต่อไป

4. ในส่วนของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในขั้นตอนของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยนั้น เพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องร่วมกับทีมเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ยาเสพติดอีก หากผู้ป่วยเกิดจากการเสพยาเสพติด เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องดำเนินการไปตามอำนาจหน้าที่เพื่อตัดวงจรดังกล่าว

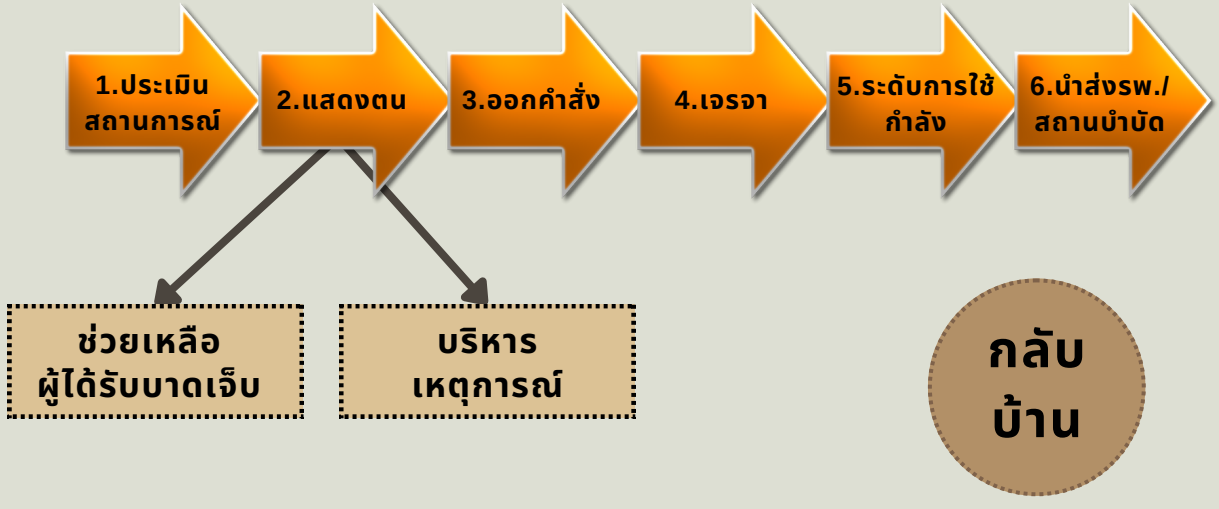
มาตรฐาน การปฏิบัติในการระงับเหตุ (SOP)

มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสายงานป้องกันปราบปราบ พ.ศ.2564 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

มาตรฐานการปฏิบัติในการระงับเหตุ (SOP)เกี่ยวข้องกับเหตุที่เกิดขึ้นเป็นประจำโดยพัฒนาเป็นรูปแบบการปฏิบัติที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับกฎหมายและง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งจะมีทั้งหมด 4 กรณีด้วยกัน คือ การระงับเหตุคนคลุ้มคลั่ง การระงับเหตุคนทะเลาะวิวาทรวมทั้งการยกพวกตีกัน การระงับเหตุกรณีคนร้ายมีอาวุธ และการถูกตรวจสอบจากประชาชนในขณะปฏิบัติหน้าที่



ขั้นตอนการระงับเหตุ กรณีคนคลุ้มคลั่ง



ต้นน้ำ

จัดตั้งทีม 5 กัลยาณมิตร



ทีม 5 กัลยาณมิตร ประกอบด้วย

1.ปกครองท้องที่
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน/แพทย์ประจำตำบล

2.องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
ผู้แทนอปท./สอบต./พัฒนาชุมชน

3.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ครัวเรือนที่อยู่ในความดูแลของ อสม.

4.ญาติ
ญาติตามกฎหมาย หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอม

5.ขวัญใจ
คนที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เชื่อใจ ไปมาหาสู่ พูดคุยด้วยเป็นประจำ

บทบาทหน้าที่ของทีม 5 กัลยาณมิตร

ระยะ	ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย
ต้นน้ำ	1.สังเกตุการณ์ เฝ้าระวังอาการ/สัญญาณเตือน 2.คัดกรองแบบประเมินพฤติกรรม 10 ด้าน เดือนละ 1 ครั้ง 3. ประเมิน Mental Health ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เดือนละ 1ครั้ง 4.เฝ้าระวังอาการตามแบบประเมิน OAS/smiv	1.สังเกตุการณ์/สอดส่อง(สัญญาณเตือน) 2.คัดกรองตามแบบประเมิน V2 3.เฝ้าระวังอาการตามแบบประเมิน OAS/smiv 4.ประสานศูนย์คัดกรอง รพ.สต./รพช. เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัด
กลางน้ำ	1.ร่วมวางแผนกับทีมชุดปฏิบัติการ ก่อนออกรับผู้ป่วยในชุมชน 2.ทำความเข้าใจกับญาติ/ผู้ป่วยก่อนส่งตัวรับการรักษา และให้ญาติลงนามในใบยินยอมรับการรักษา 3.ซักประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา ภาพถ่ายอาการสำคัญ คลิปวีดีโอแสดงอาการคลุ้มคลั่ง 4.ประสานขอรถ อปท. นำส่งผู้ป่วยที่รพ.	1.ร่วมวางแผนกับทีมชุดปฏิบัติการ ก่อนออกรับผู้ป่วยในชุมชน 2.ทำความเข้าใจกับญาติ/ผู้ป่วยก่อนส่งตัวรับการรักษา และให้ญาติลงนามในใบยินยอมรับการรักษา 3.ซักประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา ภาพถ่ายอาการสำคัญ บันทึกวีดีโอแสดงอาการคลุ้มคลั่ง 4.ประสานขอรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยกับอปท.
ปลายน้ำ	1.เตรียมชุมชน เตรียมครอบครัว เตรียมห้องนอนผู้ป่วย ปรับสภาพแวดล้อมรอบๆ บริเวณบ้าน 2.ประสานขอรถ อปท. ไปรับผู้ป่วยกลับบ้าน 3.ติดตามการกินยา (กลืนยา) ต่อหน้าทุกวัน ระยะเวลา อย่างน้อย 3 เดือน 4.เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้โอกาส 5.ประสานขอความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ, ถุงยังอาชีพ, สนับสนุนการสร้างอาชีพ, ที่พักอาศัย	1.ร่วมทีมชุมชนบำบัด(CBTx) 2.จัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเพื่อขจัดตัวกระตุ้นสารเสพติด 3.ร่วมสร้างมาตราการชุมชนในการป้องปรามยาเสพติด 4.เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้โอกาส 5.ประสานขอความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ, ถุงยังอาชีพ, สนับสนุนการสร้างอาชีพ,ที่พักอาศัย

จัดตั้งทีม 5 กัลยาณมิตร

เครื่องมือที่ใช้ ในการติดตามเฝ้าระวังของ ทีม 5 กัลยาณมิตร

แบบประเมินพฤติกรรม 10 ด้าน	**1.ด้านอาการทางจิต** **2.ด้านการกินยา** **3.ด้านผู้ดูแล/ญาติ** **4.ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน** **5.ด้านการประกอบอาชีพ** **6.ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว** **7.ด้านสิ่งแวดล้อม** **8.ด้านการสื่อสาร** **9.ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น** **10.ด้านการใช้สารเสพติด**	**ผลการประเมิน** **เกณฑ์คะแนน 1,2 และ 3** **1.เดือนที่1-6** (ด้านที่1-9) พบว่า เท่ากับ 9 คะแนน ให้ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน และ มากกว่า 9 คะแนน ให้ส่ง รพช. เพื่อประเมินความพิการด้วยแบบประเมิน ICF **2.เดือนที่2,3,4** ประเมิน ด้านที่1-4 เพื่อประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ **3.กรณีพบด้านที่ 10** ให้ส่งต่อผู้ป่วยเข้าศูนย์คัดกรองบำบัดยาเสพติด **4.กรณีประเมินข้อ1** แล้วพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ประเมินร่วมด้วยเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง
แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale)	**1.กลุ่มกรณีกึ่งเร่งด่วน (คะแนน OAS = 1)**	**1.จนท.รพ.สต.ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์เบื้องต้น ประสานศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยภายใน 24 ชม.**
	2.กลุ่มกรณีเร่งด่วน (คะแนน OAS = 2)	**2.จนท.รพ.สต.ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์เบื้องต้น ประสานศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยภายใน 2 ชม.**
	3.กลุ่มกรณีฉุกเฉิน (คะแนน OAS = 3)	**3.จนท.รพ.สต.ประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์เบื้องต้น ประสานศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยทันที**
แบบประเมิน SMIV	***SMI-V 1*** **มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต** ***SMI-V 2*** **มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน** **SMI-V 3 มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย**	**ทีม 5 กัลยาณมิตร รายงานทีมปฏิบัติการอำเภอทันที และทำตามแนวทางที่กำหนด**

การสังเกตุอาการผิดปกติของผู้ป่วย

ด้านคำพูด	1.พูดจาหยาบคาย 2.ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย 3.ปฏิเสธการรักษา 4.พูดคนเดียว
ด้านอารมณ์	1.หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย 2.เอาแต่ใจตนเอง 3.ดื้อ ไม่ฟังใคร
ด้านท่าทางพฤติกรรม	1.สีหน้าเคร่งเครียด 2.ตาขวาง กัดฟัน กำหมัด 3.เดินอาดๆ กระทืบเท้า 4.ยกเก้าอี้ เปิด ปิดประตูแรงๆ 5.อยู่ไม่นิ่ง เก็บตัวนิ่งเงียบผิดปกติ
ด้านการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน	1.ไม่อาบน้ำ แปรงฟัน 2.ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่ผ้าชุดเดิมซ้ำๆ หลายวัน 3.กลางคืนไม่นอน อยากออกนอกบ้าน
มีอาการจิตกำเริบ	หลงผิด หูแว่ว โดยสังเกตุว่าผู้ป่วยจะช่วยตนเอง เช่น นั่งเอามือปิดหู ตะโกนดังๆ ร้องเพลง สูบบุหรี่จัด เปิดวิทยุ โทรทัศน์เสียงดัง อาบน้ำบ่อย

ทีม 5 กัลยาณมิตรต้องให้การช่วยเหลือดังนี้

1.ทำความเข้าใจกับญาติถึงพฤติกรรมและสังเกตุอาการที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงได้

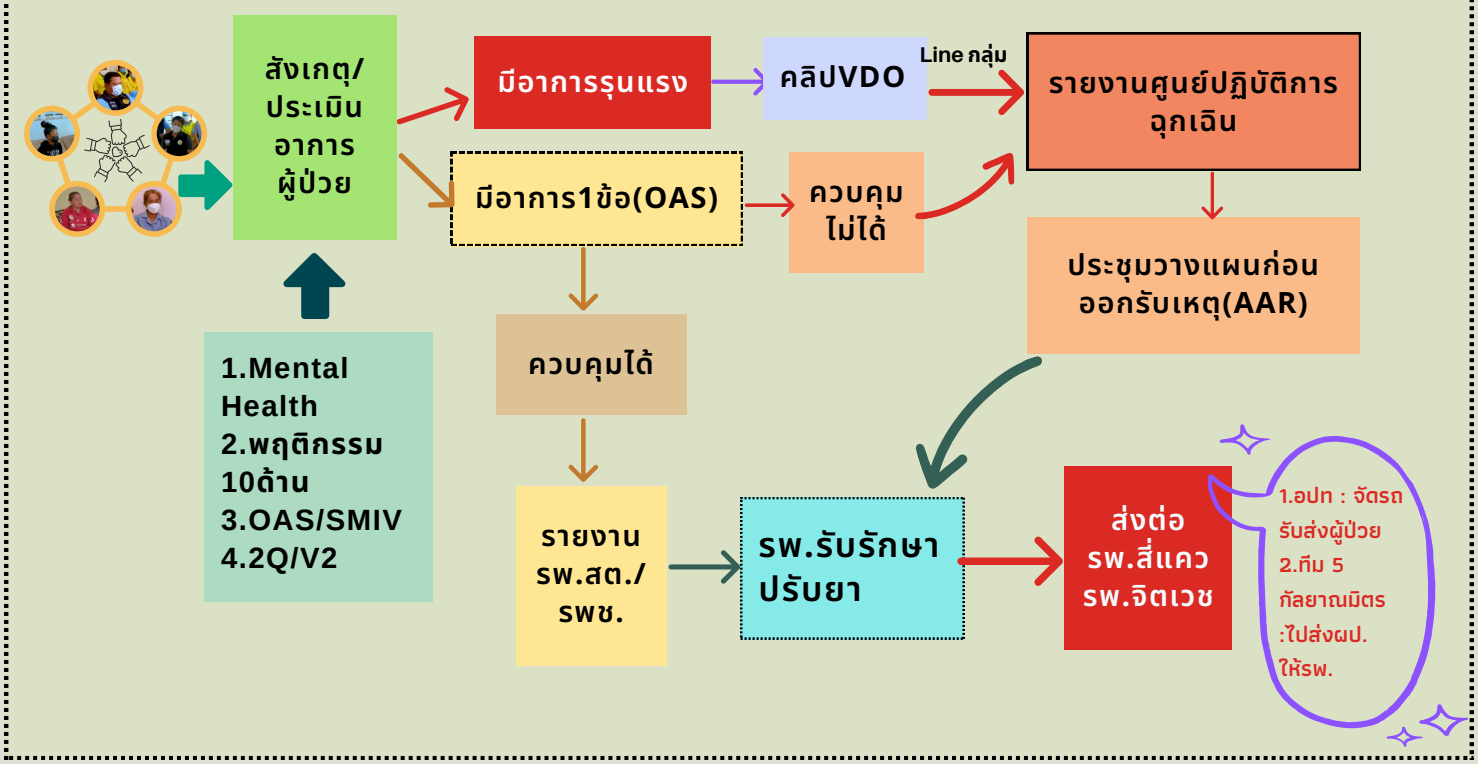
2.ตรวจสอบอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

3.ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ

4.หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เป็นการตอบโต้เชิงลบ ที่อาจจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงได้

จัดตั้งทีม 5 กัลยาณมิตร

แนวทางการส่งต่อ : ทีม 5 กัลยาณมิตร



แจ้งสถานการณ์เมื่อมีผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว

1) ให้ผู้ที่พบเห็นหรือญาติ : บันทึก VDO ไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

2) แจ้งศูนย์อำนวยการอำเภอ : หรือ แจ้ง 191 เพื่อดำเนินงานต่อไป

3) **ศูนย์อำนวยการแจ้งให้ผู้นำชุมชนทราบ :** และเตรียมการดำเนินควบคุมผู้ป่วยต่อไป และให้ผู้นำชุมชนคุยกับญาติ เพื่อให้ไปลงบันทึกประจำวันไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

4) แจ้ง สสอ.และ รพ.สต. : เพื่อเตรียมประวัติผู้ป่วยและเตรียมการประสานกับ รพช.เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป

5) รพช.เตรียมรถฉุกเฉิน :เตรียมทีมพยาบาล และประสานงานกับแพทย์ เพื่อเตรียมการรักษาต่อไป

6) รพช. : ตรวจโรคทางกาย และประสาน กับ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ หรือ รพ.จิตเวชราชนครินทร์ นครสวรรค์ เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป

จัดตั้งทีมชุดปฏิบัติการ

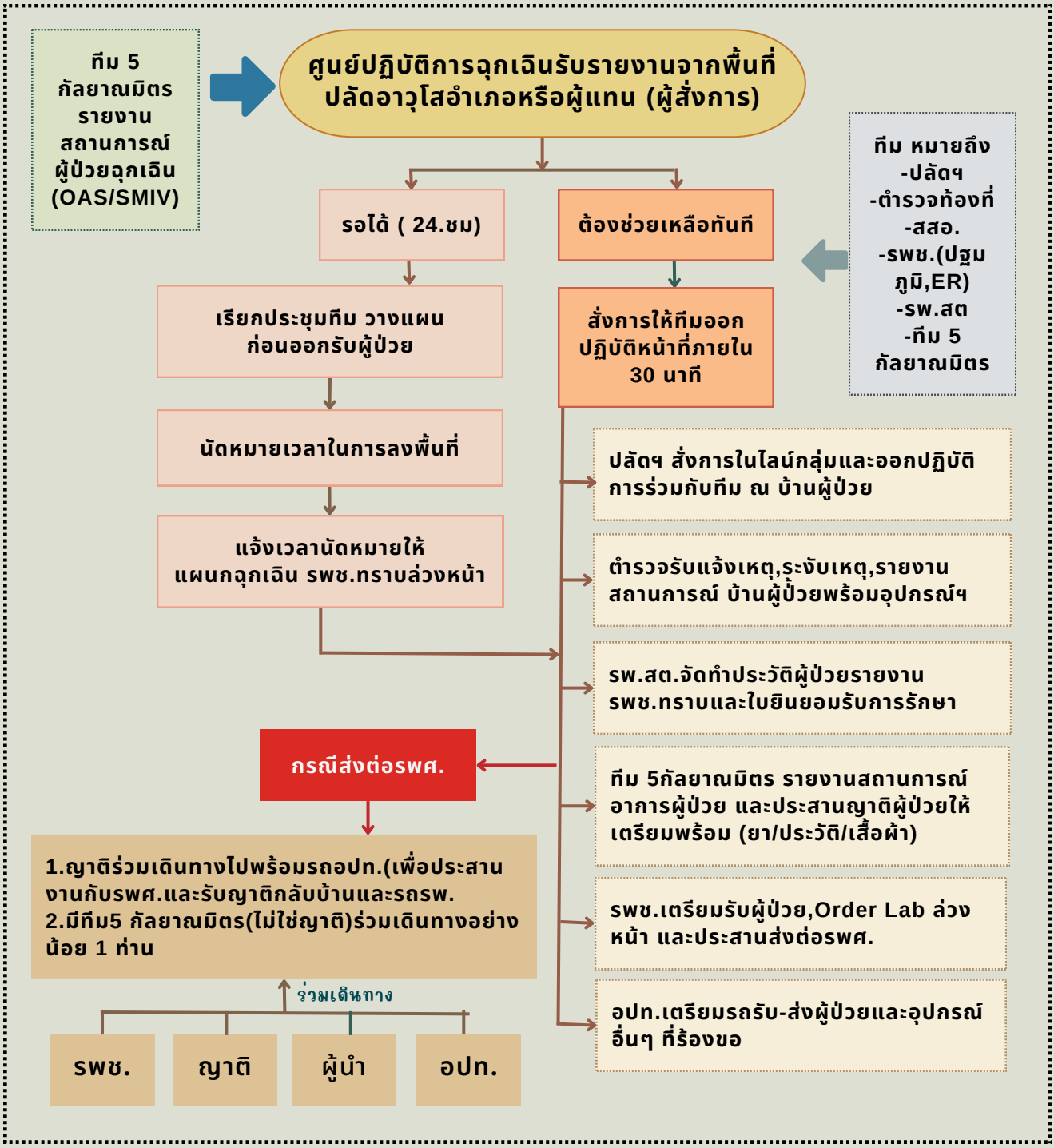
การจัดตั้งทีมชุดปฏิบัติการเพื่อรับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย จนอาจก่อความรุนแรงที่มีผลกระทบั้งตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จึงจำเป็นจะต้องมีการสั่งการที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกหน่วยงานทราบบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน โดยอาศัย**กลยุทธ์ที่สำคัญ**ในการปฏิบัติหน้าที่ดังนี้

1. ผู้นำพาทำ ลงพื้นที่ร่วมกับทีม
2. ทีมมีการวางแผนการดำเนินการทุกครั้ง
3. การติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง
4. การเตรียมชุมชนร่วมกันทุกครั้ง
5. การสื่อสารเชิงบวกและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

*1.***ตำรวจ** *:* รับแจ้งเหตุ ประเมินสถานการณ์ รายงานผู้บังคับบัญชา สอดส่องสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย และร่วมทีมชุดปฏิบัติการเพื่อรับตัวผู้ป่วยมารักษา
*2.***ทีม 5 กัลยาณมิตร** *:* รายงานสถานการณ์ในพื้นที่ พร้อมถ่ายภาพผู้ป่วยและคลิป*VDO* เพื่อยืนยันสถานการณ์ ซักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น ทำความเข้าใจกับญาติและร่วมทีมชุดปฏิบัติการ
3. **รพ.สต.** *:* ซักประวัติผู้ป่วยโดยละเอียด รายงานให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทราบ ประสานญาติผู้ป่วยให้ลงนามในใบยินยอมรับการรักษา
*4.***อปท.ในพื้นที่** *:* สนับสนุนอุปกรณ์ส่วนขาด และจัดเตรียมรถ เพื่อรับผู้ป่วย และญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อต้องมีการส่งตัวไปรับรักษา
*5.***โรงพยาบาลชุมชน** *:* พยาบาลเวร รายงานอาการผู้ป่วยพร้อมภาพถ่าย หรือคลิป*VDO* ให้แพทย์เวรทราบ จัดเตรียม *order LAB* ล่วงหน้าเพื่อลดการรอคอยขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ขั้นตอนการสั่งการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง



การพัฒนาศักยภาพทีม

1.หลักสูตร"วัคซีนใจ"ป้องกันฆ่าตัวตาย อ.เก้าเลี้ยว (วันที่ 29 มิถุนายน 2565)

มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมการอบรมโดยทีมวิทยากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งมีเนื้อหาเป็นการสร้างเสริมพลังทางใจการเฝ้าระวังและช่วยเหลือประชาชนครอบครัวในชุมชน



2.หลักสูตรการสร้างทักษะการดูแล สังเกตอาการสำคัญ และเฝ้าระวังในชุมชน อ.เก้าเลี้ยว วันที่ 9 ธันวาคม 2565



กลุ่มเป้าหมายเป็นกำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านทุกตำบลในเขต อ.เก้าเลี้ยว เพื่อสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ ทั้งทางด้าน กฎหมาย ด้านทักษะการดูแลสังเกตอาการ การเฝ้าระวังอาการและการกำกับติดตามการกินยา

การพัฒนาศักยภาพทีม

3.หลักสูตร“ซ้อมแผนรับมือผู้ป่วยมีอาการ“

มีเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพช./รพ.สต. และ อปท. เข้าร่วมรับการอบรม โดยทีมวิทยากรจาก รพ.จิตเวชราชนครินทร์



4.พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน วันที่ 12 พฤษภาคม 2566



การอบรมเชิงปฏิบัติให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยทีมวิทยากรจากศูนย์จิตเวชที่ 3 และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่เทศบาลตำบลเก้าเลี้ยว

การพัฒนาศักยภาพทีม

4.จัดประชุมประชาคมระดับตำบล







จัดประชุมชี้แจงระดับตำบลและทีม 5 กัลยาณมิตร ประกอบด้วย กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, อสม., จนท.รพ.สต. และ จนท.อปท.ทุกตำบลร่วมกับทีมชุดปฏิบัติการอำเภอ ซึ่งเป็นการประชุมรูปแบบการสะท้อนปัญหาจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นและสร้างความเข้าใจกับทีมดังนี้

- บทบาทหน้าที่ของแต่คน
- การบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญ
- ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วย, สังเกตอาการ
- ทักษะการเฝ้าระวังอาการและป้องกันอันตราย
- ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย
- การกำกับติดตามการกินยา
- การฝึกทักษะการใช้ไม้ง่าม 6 ชิ้น เพื่อช่วย จนท.ตำรวจ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยทีมตำรวจ

แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน

การเฝ้าระวังในระดับชุมชน

การเฝ้าระวังในระดับชุมชน ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการเพื่อควบคุมกำกับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพจิตผิดปกติได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานาน และต้องอาศัยความอดทนในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญและรุนแรงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้การดูแลรักษายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน การบำบัดรักษาซับซ้อนใช้เวลายาวนาน มีกรอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 2 ประเด็น คือ

1) การป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ กิจกรรมหลัก คือ การติดตามเยี่ยมการประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือจิตสังคมบำบัดอย่างต่อเนื่อง

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ กิจกรรมหลัก คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพประเมินผลโดยการประเมินความพิการ 10 ด้าน

เตรียมความพร้อม

ก่อนเกิดเหตุ	1. **ทีม 5 กัลยาณมิตร และทีมความมั่นคง ร่วมวางแผนปฏิบัติการ** เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ "การจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต" ทั้งความพร้อมของคน ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ (จำนวนและการใช้งานได้) วิธีการจัดการและลำดับขั้นของการเข้าช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ในชุมชน หารือร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2.ทีม 5 กัลยาณมิตร, จิตอาสา, ญาติหรือผู้ดูแล **ต้องได้รับอบรมความรู้และทักษะในการจัดการช่วยเหลือ**ให้เกิดทักษะที่สามารถปฏิบัติงานได้ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 3.**ช่องทางการสื่อสาร** ประชาสัมพันธ์การประสานงาน เช่น กลุ่มไลน์กลุ่ม (ต้องรักษาความลับผู้ป่วย) เฟสบุ๊ค เบอร์โทรศัพท์ จุดนัดพบปะ หารือกันทั้งกับกลุ่มแกนนำ ทีมสุขภาพ และความมั่นคง รวมทั้งญาติและคนใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง รวมไปถึงช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง 4.ทีม 5 กัลยาณมิตร **จัดทำฐานหรือปักหมุดแผนที่ "กลุ่มเสี่ยง"** เฝ้าระวังสิ่งกระตุ้นในชุมชนที่อาจมีผลต่ออาการกำเริบของกลุ่มเสี่ยง และต้องหมั่นเข้ามาถามไถ่ญาติ/คนใกล้ชิด สังเกตหรือเฝ้าดู "สัญญาณเตือน" กลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ
ช่วงเกิดเหตุ	1.**ทีม 5 กัลยาณมิตร เข้าพื้นที่เกิดเหตุ**เมื่อได้รับการร้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิด และแจ้งไปยัง"ทีมชุดปฏิบัติการระดับอำเภอ" 2 ทีม 5 กัลยาณมิตร **ประเมินความรุนแรง/อันตราย และพยายามเกลี้ยกล่อม** (ต้องเป็นคนที่ได้รับการอบรมมาแล้ว) โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ปลอบใจ สร้างสัมพันธ์ภาพ กลมกลืน ตามน้ำ เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย สร้างสถานการณ์ผ่อนคลาย สร้างความเชื่อใจ

แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน

เตรียมความพร้อม

ช่วงเกิดเหตุ

3.ทีม 5 กัลยาณมิตรและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. **ประเมินอาการผู้ป่วย**ในขณะที่มีการเกลี้ยกล่อม
3.1 **ผู้ป่วยสงบลงและอาการเป็นปกติ** (รุนแรงน้อยและปานกลาง)ถือว่า "ทีมชุมชนจัดการได้" ให้ญาติหรือคนใกล้ชิดพาไปรักษาหรือรับยาที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน
3.2 **ผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น** (รุนแรงมาก)มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งด้านล่าง ให้ประสานแจ้งศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ, ร้องขอความช่วยหลือจากตำรวจ 191 และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669 ทันที

1.พกหรือถืออาวุธ 2.ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบรุนแรง 3.รื้อและขว้างปาข้าวของ 4.พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง 5.ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น 6.ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ 7.ทำลายสิ่งของจนแตกหัก

4.**เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เตรียมข้อมูลสำหรับการแจ้งเหตุ** ดังนี้ (ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ชื่อ สกุล เพศ ที่อยู่อาศัย สถานที่เกิดเหตุ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้ รวมทั้งญาติและคนใกล้ชิดผู้ป่วยรายละเอียดลักษณะของเหตุ อาการและความรุนแรงเบื้องตัน ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุ เช่น ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องมีมากหรือไม่ ที่เกิดเหตุเป็นชุมชน บนถนน อยู่บนที่สูง และมีหน่วยงานใดอยู่ที่เกิดเหตุแล้วประวัติการรักษาและประวัติด้านสุขภาพ)
5.ระหว่างที่ร้องขอไปยังศูนย์ปฏิบัติการและยังมาไม่ถึงที่เกิดเหตุให้ทีม 5 กัลยาณมิตร **"ประเมินสิ่งแวดล้อม เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ อาวุธ ผู้คนหรือแสง สี เสียง"** ที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงขึ้น รวมทั้งประเมินด้านอื่นๆเช่น การจราจร การดำเนินชีวิตของคนในละแวกนั้น เพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อน และ**ที่สำคัญให้ทุกคนอยู่ห่างจากผู้ป่วยให้มากที่สุด** ยกเว้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ
6.เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ 191 และทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน มาถึงที่เกิดเหตุ ทีม 5 กัลยาณมิตรและญาติ ต้อง**อำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์**
7.**เจ้าหน้าที่ตำรวจและปลัดอำเภอ "เป็นผู้ประเมินอันตราย ควบคุมและสั่งการ"ณ ที่เกิดเหตุ** โดยดำเนินการดังนี้ ประเมินอันตรายและความเสี่ยง เช่น บรรยากาศสิ่งแวดล้อมโดยรอบการมีอาวุธ/อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ผู้ป่วยอาจนำไปเป็นอาวุธได้เจรจา เกลี้ยกล่อม และประเมินความรุนแรงอยู่ตลอดเวลาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องเตรียมประวัติข้อมูลผู้ป่วย (ทั้งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆ ทั่วไป)ญาติและคนใกล้ชิดเตรียมยาที่คนไข้กินประจำ และเตรียมพร้อมไปกับรถโรงพยาบาล/รถจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น/รถตำรวจ
8.**กรณีต้องเข้าชาร์ตผู้ป่วย** และการมัดตัวผู้ป่วย ผู้ร่วมทีมจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะของหน่วยงานที่ได้รับรองจากโรงพยาบาล หรือฝึกทักษะการใช้ไม้ง่ามจากตำรวจภูธร

หลังเกิดเหตุ

1.ทีม 5 กัลยาณมิตรในชุมชนร่วมกับทีมปฏิบัติการอำเภอต้อง มี**ทบทวนแนวทางดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา** สำหรับการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วย ในโอกาสต่อไป **(AAR)**
2.วางแผนดูแลคนไข้ เช่น การ**เตรียมชุมชน**เพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน ติดตามการกินยาของผู้ป่วยร่วมทีม**บำบัดชุมชน(CBTx)** กรณีผู้ป่วยในสารเสพติด **วางแผนติดตามการรักษา**หรือการรับยาจิตเวช ที่ รพ.สต.หรือโรงพยาบาลชุมชน **ส่งเสริมอาชีพ**และส่งเสริมให้มีบทบาทในสังคม ให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เป็นต้น
3.**จัดสิ่งแวดล้อมชุมชนให้ปลอดภัยทั้งในระดับครอบครัวและในชุมชน** ที่ไม่เอื้อให้อาการเหล่านั้นกำเริบ

แผนเผชิญเหตุแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช ในอำเภอเก้าเลี้ยว

ช่วงไม่มีเหตุ

จัดตั้งทีมชุมชน 5 กัลยาณมิตร



กำหนดบทบาทหน้าที่ เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นประชุมย่อย วางแผนต่อเนื่อง

อบรมเพิ่มความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการช่วยเหลือ

สังเกตพฤติกรรมความเสี่ยง ค้นหา/ระบุตัวเฝ้าระวังติดตาม

พบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

ช่วงหลังเกิดเหตุ

ทีม 5 กัลยาณมิตร
- ทบทวนแผนการปฏิบัติ
- การจัดการช่วยเหลือ
- ปัญหา อุปสรรค
- วางแผนการดำเนินการ

วางแผนติดตามการรักษา

เตรียมชุมชนรองรับ

เตรียมพร้อมญาติ/คนใกล้ชิด

ส่งเสริมบทบาทสังคมสร้างอาชีพให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

ช่วงเกิดเหตุ

ญาติ/คนใกล้ชิด

กลุ่มเสี่ยงที่มีสัญญาณเตือน

กลุ่มเสี่ยงมีอาการเพิ่มขึ้น

ทีมชุมชน 5 กัลยาณมิตร

เกลี้ยกล่อมประเมินความรุนแรง

เกลี้ยกล่อมไม่ได้

เกลี้ยกล่อมได้

ปฏิเสธการป่วย

1. ขอความช่วยเหลือศูนย์ฯ 056-299139 หรือ 191
2. ผู้นำชุมชนให้ญาติลงชื่อเอกสารยินยอมแจ้งความ
3. ประสานท้องถิ่นจัดเตรียมยานพาหนะและอุปกรณ์

เจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินคดีกฎหมายอาญา

จัดการได้

เกลี้ยกล่อมประเมินความรุนแรง

นำส่ง รพ.

จัดการไม่ได้

เข้าจับกุม/มัดตัวผู้ป่วย



รถพยาบาลฉุกเฉิน



เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเฉพาะทาง



แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน

กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มประชาชน

*1.*คัดกรองด้วยแบบประเมิน *Mental Health* อย่างน้อย *3*เดือน *1*ครั้ง หากผลเป็นบวก จะต้องรายงานให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบและประเมินซ้ำตามเกณฑ์

*2.*รณรงค์ให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อลดความตึงเครียด กังวลในครอบครัว เช่น กิจกรรมจิตอาสา, ชมรมออกกำลังกาย, เข้าวัดทำบุญ เป็นต้น

*3.*ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เช่น สนับสนุนลานกีฬา



กลุ่มผู้ป่วยที่อาการทางจิต

เกณฑ์ในการจัดกลุ่ม สีเขียว

ผู้ป่วยสามารถจัดการ/ควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ จนส่งผลไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย, อยู่ในสังคมได้ด้วยตนองและไม่พึ่งพาผู้อื่น, สามารถจัดการกับความเครียดปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม, เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม, ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระในการดูแล

แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มสีเขียว

1.ประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Mental Health, พฤติกรรม 10 ด้าน เดือนละ 1 ครั้ง หากพบความผิดปกติที่อาจมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่อาจจะก่อความรุนแรงได้ จะต้องได้รับการประเมิน OAS, SMIV และV2

2.ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง

แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน

เกณฑ์ในการจัดกลุ่ม สีเหลือง

ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่โดยต้องมีผู้ดูแลให้รับประทานยา, สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัมชุมชนได้ แต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเป็น, สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่, เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ด้วยตนเองเป็นครั้งคราว, ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยต้องได้รับคำแนะนำ,สามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างแหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้บ้าง

อาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น

มีความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรงแต่สามารถควบคุมอาการได้เป็นระยะ, อยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ แต่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน/ถูกผู้อื่นทำร้าย, สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้นที่ไม่มีความซับซ้อนได้เป็นครั้งคราว, เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด, ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นบางส่วน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มสีเหลือง

1.**ประเมินสุขภาพจิต**ของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Mental Health, พฤติกรรม 10 ด้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากพบความผิดปกติที่อาจมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่อาจจะก่อความรุนแรงได้ จะต้องได้รับการประเมิน OAS, SMIV และV2

2.**ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง** เฝ้าระวังสถานการณ์และอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง

เกณฑ์ในการจัดกลุ่ม สีแดง

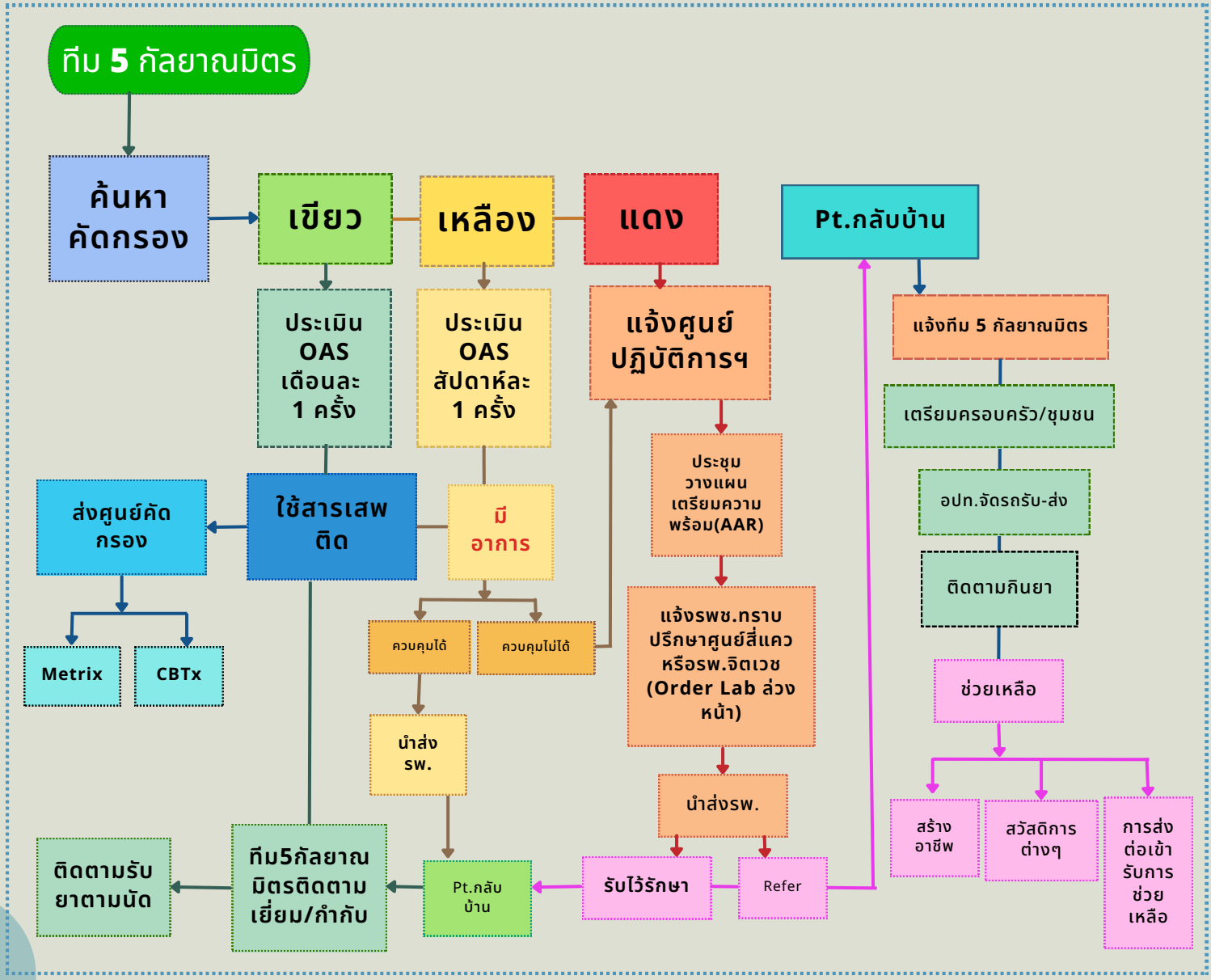
ผู้ป่วยมีความ**ผิดปกติทางจิตเวชรุนแรง**, ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้ เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นทรัพย์สิน/ถูกผู้อื่นทำร้าย, ไม่สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้นได้, ไม่สามารถข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, จำเป็นต้องวางแผนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยตนเอง

แนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มสีแดง

1. **ประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน OAS และ SMIV**
2. **ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ให้รายงานสถานการณ์และอาการผู้ป่วย**ให้ศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอทราบในกลุ่มไลน์ “เก้าเลี้ยวโมเดล” เพื่อ“Alert Team” และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด
3. **เตรียมชุมชน**และครัวเรือนรอบๆ บ้านผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน
4. **ติดตามการกลืนยาทุกวัน**โดยจัดตารางแบ่งหน้าที่การติดตามของทีม 5 กัลยาณมิตร
5. **ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ให้**กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง

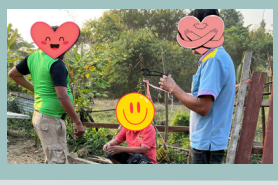
แนวทางการรักษา-ส่งต่อ

จากการทบทวนการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มักเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมทั้งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงในชุมชน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ไซ่มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน จึงได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เพื่อให้ทุกหน่วยบริการสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ



แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

กรณีที่1: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เกลี้ยกล่อมได้ 	1) ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ แจ้งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านให้ข้อมูลแนวทางการจัดการพร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมรักษา 2) ผู้ใหญ่บ้าน แจ้งศูนย์ปฏิบัติการ (ฝ่ายปกครอง) แจ้ง เจ้าหน้าที่รพ.สต. และแจ้งข้อมูลในกลุ่มไลน์ “เก้าเลี้ยวโมเดล” 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลเจ็บป่วยปัจจุบัน 4) ฝ่ายปกครอง แจ้งกำหนดการประชุมชุดปฏิบัติการ นัดหมายลงพื้นที่เพื่อพาผู้ป่วยนำส่ง รพ.เก้าเลี้ยว โดยใช้รถยนต์ของ อปท. หรือ รถยนต์ตำรวจ
กรณีที่ 2 : ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่เกลี้ยกล่อมไม่ได้ อาการรุนแรงมาก 	1) ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ แจ้งผู้ใหญ่บ้าน แจ้งตำรวจลงบันทึกประจำวัน 2) ผู้ใหญ่บ้าน แจ้งศูนย์ปฏิบัติการ (ฝ่ายปกครอง) แจ้ง เจ้าหน้าที่รพ.สต. และแจ้งข้อมูลในกลุ่มไลน์ “เก้าเลี้ยวโมเดล” 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เตรียมข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลเจ็บป่วยปัจจุบัน 4) ผู้ใหญ่บ้านให้ข้อมูลแนวทางการจัดการพร้อมทั้งให้เซ็นยินยอมรักษา 5) ฝ่ายปกครองสั่งการ ชุดปฏิบัติการ(ฝ่ายปกครอง ตำรวจ พยาบาล 5 กัลยาณมิตร เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) ลงพื้นที่ 6) ตำรวจควบคุมตัวผู้ป่วยและสถานการณ์ได้ พยาบาลชุดปฏิบัติการ ให้ยาระงับอาการทางประสาท ณ จุดเกิดเหตุ 7) ผูกยึดผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง นำส่งโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว
กรณีที่3 : ผู้พบเห็นเหตุการณ์ โทรแจ้ง 1669 ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง, ไม่เคยมีประวัติ, ไม่เคยมีอาการทางจิต 	1) ผู้พบเหตุโทรแจ้ง 1669 2) ศูนย์สั่งการนครสวรรค์สั่งให้โรงพยาบาลเก้าเลี้ยวออกรับเหตุ 3) พยาบาลหัวหน้าชุดปฏิบัติการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว ตอบกลับศูนย์สั่งการว่า ขอประชุมทีมเพื่อเตรียมพร้อมก่อนออกรับเหตุ เมื่อจะออกเหตุจะแจ้งศูนย์สั่งการเพื่อขอเวลาออกเหตุอีกครั้ง 4) พยาบาลหัวหน้าชุดปฏิบัติการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว ติดต่อกลับไปสอบถามรายละเอียดอาการผู้ป่วยจากผู้แจ้งเหตุ และแนะนำให้อยู่ห่างจากผู้ป่วย พร้อมทั้งคอยสังเกตเหตุการณ์ต่อเนื่องไว้ให้ 5) พยาบาลหัวหน้าชุดปฏิบัติการโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว แจ้งศูนย์ปฏิบัติการอำเภอเก้าเลี้ยว แจ้งตำรวจ แจ้งรพ.สต. เจ้าของพื้นที่ แจ้งข้อมูลในไลน์กลุ่มเก้าเลี้ยวโมเดล 6) นัดหมายสถานที่ ประชุมทีมปฏิบัติการแบบรวดเร็ว เพื่อวางแผนการปฏิบัติการในพื้นที่ 7) ลงพื้นที่ ฝ่ายปกครอง และ 5 กัลยาณมิตร เกลี้ยกล่อม 8) ตำรวจควบคุมสถานการณ์ ควบคุมผู้ป่วยจิตเวชได้ 9) พยาบาลคัดแยกประเมินอาการ ให้ยาระงับอาการที่จุดเกิดเหตุ 10) นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นหน่วยสนับสนุนที่มีแนวทางการรับแจ้งเหตุ และสั่งการช่วยเหลือกลุ่มผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วยฉุกเฉิน อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ โดยให้บริการตามการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ เป็นระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

การทำงานในรูปแบบแนวทางของเก้าเลี้ยวโมเดลโรงพยาบาลเก้าเลี้ยว ไม่ใช่ศูนย์สั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แต่เราเป็นเครือข่ายของศูนย์สั่งการนครสวรรค์ ดังนั้นในเรื่องของการปฏิบัติหน้าที่ เราจะผู้รับคำสั่งการจากศูนย์ นั่นคือ เป็นชุดปฏิบัติการ ซึ่งเราอยู่ในชุดปฏิบัติการ ประเภททีมขั้นสูง ALS

การคัดแยก

ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะอันตราย ถือเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขาพจิต ซึ่งเป็นหนึ่งใน 25 กลุ่มอาการฉุกเฉิน ตามเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการรายงาน (Emergency Medical Triage Protocal and Criteria Dispatch : CBD) ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอยู่ในลำดับที่ 13 และคัดแยกระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 5 ระดับสี คือแดง เหลือง เขียว ขาว ดำ และจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์

โดยในระบบการสั่งการศูนย์สั่งการจะเป็นผู้คัดแยกและจัดลำดับผู้ป่วยฉุกเฉินมาให้ เพื่อเป็นการเลือกทีมชุดปฏิบัติการที่จะออกรับผู้ป่วยฉุกเฉินในเหตุนั้นๆ ถ้าเป็นผู้ป่วยสีแดงจะให้ทีมชุดปฏิบัติการ ALS แต่ในที่นี้จะขอกล่าวรายละเอียดเกณฑ์การคัดแยกเฉพาะสีแดง เหลือง เขียว เนื่องจากมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินบ่อยที่สุด





สิ่งที่ต้องซักถามจากผู้แจ้งเหตุ(ทุกครั้ง)

- ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย สถานที่เกิดเหตุ
- อาการผู้ป่วย ถามถึงว่ามีอาวุธหรือไม่
- หมายเลขโทรศัพท์

เกณฑ์วิธีการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 คลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์

รหัสแดง

- ไม่รู้สึกตัว หรือ ไม่หายใจ
- หายใจผิดปกติ หายใจเร็ว แรง ลึก
- มีอาการเหงื่อออกตัวเย็นหมดสติชั่ววูบ
- ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ต่อสู้ขัดขืน
- เลือดออกห้ามไม่หยุด
- ชักเกร็งหลังการบาดเจ็บ
- คลุ้มคลั่ง
- ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตัวเอง/ผู้อื่น

รหัสเหลือง

- บาดเจ็บจากการทำร้ายตัวเอง
- ตื่นตระหนก, ไม่ทราบประวัติว่าเคยเป็นมาก่อน
- มีพฤติกรรมต่างจากเดิม
- ผู้แจ้งยืนยันอาการผู้ป่วยไม่ได้

รหัสเขียว

- ตื่นตระหนก มีประวัติเคยมีอาการมาก่อนหน้านี้
- ผู้ป่วยหรือผู้แจ้งขอให้ช่วย
- ตำรวจขอการเตรียมพร้อม กรณีมีภาวะคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในห้องฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ

รับผู้ป่วยไว้ที่ ER
ESI 5 level

พยาบาลหน้า ER คัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยตามเกณฑ์ ESI 5 Level (Emergency Severity Index) จัดให้อยู่ในห้องแยกหรือจัดโซนแยกจากผู้ป่วยอื่นเพื่อความสงบและเป็นการรักษาสิทธิผู้ป่วย อธิบายขั้นตอนและแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติพร้อมทีมปฏิบัติการทราบ

สังเกตอาการที่ ER
Overt Aggression Scale (OAS)

พยาบาลใน ER ประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโดยการสังเกต ใช้แบบประเมิน OAS ถ้าอาการเสี่ยงมากให้ผูกยึดผู้ป่วย(Restrain)และมีทีม5กัลยาณมิตรอยู่ด้วยตลอดเวลา สังเกตอาการต่อเนื่องจนกว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรพ.จิตเวช

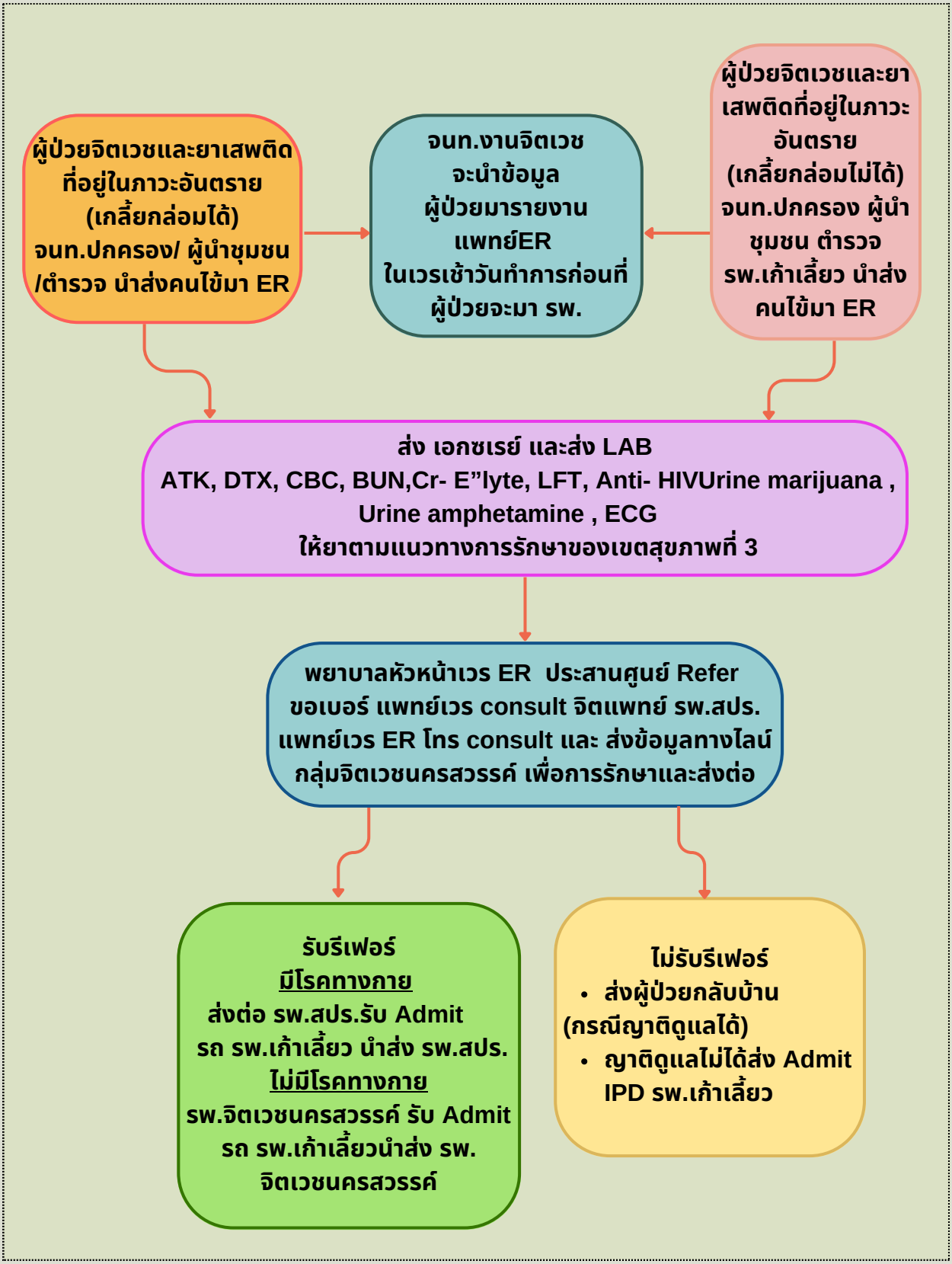
แพทย์เวร ER ทราบ
สั่งขั้นตอนการรักษา

ส่งผู้ป่วย เอ็กซเรย์ และส่ง LA(ATK, DTX, CBC, BUN,Cr- E"lyte, LFT, Anti- HIV, Urine marijuana , Urine amphetamine , ECG) ให้ยาตามแนวทางการรักษาของจิตแพทย์ เขตสุขภาพที่ 3

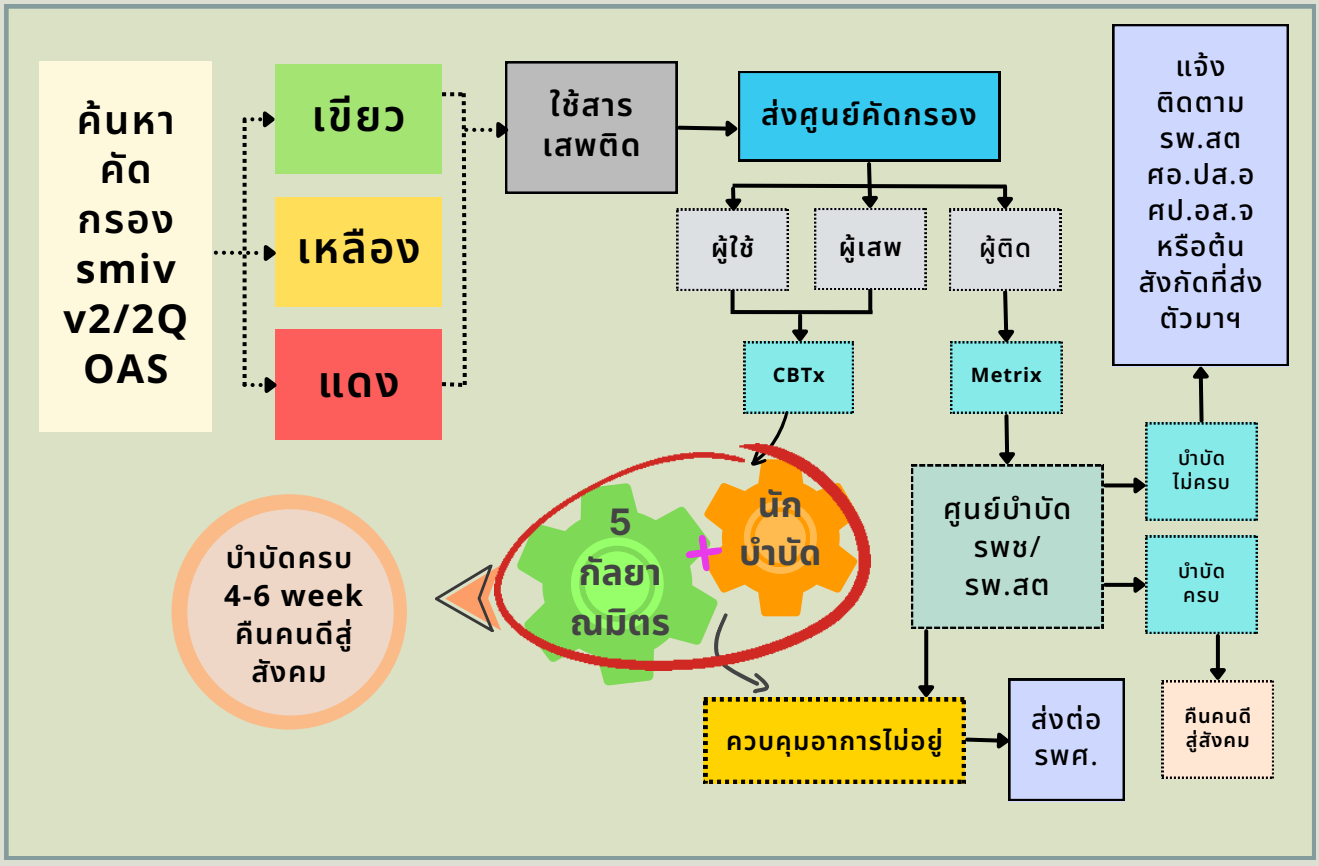
ประสานงานส่งต่อ
ผู้ป่วยไป รพ.จิตเวช

ส่งข้อมูลผู้ป่วยทางไลน์ให้กับจิตแพทย์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ส่งผู้ป่วยไป รพ.จิตเวชราชนครินทร์ /รพ.สวรรค์ประชารักษ์ มีรถยนต์ของ อปท.ขับตามไปด้วยพร้อมญาติ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน



แนวทางการส่งต่อ ศูนย์คัดกรองยาเสพติด



บูรณาการทีม 5 กัลยาณมิตรร่วมกับทีมบำบัดชุมชนแบบ CBTX (ตัวอย่าง : โปรแกรม พิชิตใจ ห่างไกลยาเสพติด)



แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย

การบำบัดในชุมชน (CBTX)

ทีมนักบำบัด -นักจิตวิทยา -นวก.สาธารณสุข -พยาบาลวิชาชีพ -แพทย์ จนท.สสอ. -จนท.ตำรวจชุมชน	1.ทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้เข้ารับการบำบัด เช่น การตรวจปัสสาวะ / การรักษาความลับผู้ป่วย 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยภาษากาย เพื่อสร้างความไว้วางใจกับทีมนักบำบัด 3.สื่อสารเชิงบวก ให้กำลังใจ เสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว 4.หลังการบำบัดทุกครั้ง ต้องมีการประเมินทีมนักบำบัด ทบทวนกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อวางแผนการบำบัดในครั้งถัดไป 5.แจ้งการนัดหมายผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวเข้ารับการบำบัดในครั้งถัดไป 6.จัดตารางการกำกับ ติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน 7.จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาได้ เช่น กลุ่มไลน์ส่วนตัว /โทรศัพท์
ทีม5 กัลยาณมิตร -ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน -อาสามัครสาธารณสุข -ขวัญใจ -ผู้แทนอปท. -ญาติ	1.ร่วมกับทีมนักบำบัด ทำข้อตกลงกับผู้เข้ารับการบำบัด เช่น การตรวจปัสสาวะ / การรักษาความลับผู้ป่วย 2.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยภาษากาย เพื่อสร้างความไว้วางใจกับทีมนักบำบัด 3.สื่อสารเชิงบวก ให้กำลังใจ เสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว 4. ปรับสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบๆ บ้าน เพื่อขจัดตัวกระตุ้น ที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยากใช้สารเสพติด เช่น ขวดเหล้า/ซองบุหรี่/กระดาษสีที่มีลักษณะคล้ายสีเม็ดยา, ขอความร่วมมือญาติและครอบครัวในการงดปลูกใบกระท่อม กัญชา เป็นต้น 5.ขอความร่วมมือร้านค้าบริเวณใกล้เคียง งดจำหน่ายสุรา / บุหรี่ ให้กับผู้ป่วยจิเวชที่ใช้สารเสพติด 6.รักษากฏ กติกา ในขณะร่วมทีมกับนักบำบัด เช่น การพูดเสียงดัง แสดงอารมณ์ พูดแซงขณะทำการบำบัด ฯลฯ 7.หลังการบำบัดทุกครั้ง ต้องมีการประเมินทีม ทบทวนกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อวางแผนการบำบัดในครั้งถัดไป

กลางน้ำ

การกำกับติดตามผู้ป่วย ของทีมบำบัด รักษา ดูแล

1. จนท.รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดใน รพช.และ รพ.สต.	1.จัดทำตารางการติดตามผู้ป่วยรับยา แบบ One Stop Service 2.ผู้ป่วยขาดยา จะมีการติดตามในวันถัดไปทันที่ โดยประสาน รพ.สต. 3.กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการได้ รพ.สต.จะทำหน้าที่คัดกรองอาการ และสุขภาพผู้ป่วยส่งมาให้ผู้รับผิดชอบ รพช.ล่วงหน้าเพื่อเบิกยาให้ผู้ป่วย และนำส่งผ่านสาธารณสุขอำเภอในวันถัดไป 4.กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ทีม 5 กัลยาณมิตรสามารถนำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา ปรับยา ได้ทุกวัน 4.ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่มสีแดงทุกรายร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร และเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วย 5.ร่วมปฏิบัติการกับศูนย์ปฏิบัติการอำเภอ 6.จัดตารางนัดหมายและออกติดตามบำบัดในชุมชน (CBTx) ร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร
2.สาธารณสุขอำเภอ	1.ประสานการนัดหมายและออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร 2.จัดส่งยาผู้ป่วยจาก รพช.ไปยัง รพ.สต. 3.ประสานกับ รพ.สต.ในการติดตามผู้ป่วยขาดนัด 4.รายงานสถานการณ์ ปัญหาผู้ป่วยให้ รพช.ทราบและร่วมแก้ไขปัญหา
3.ทีม 5 กัลยาณมิตร	1.ติดตามผู้ป่วยกินยา (กลืนยา) ตามเวลา โดยสลับเวรกันกับเพื่อนในทีมฯ ในการติดตาม เพื่อลดภาระด้านการดูแลผู้ป่วย 2.สังเกตอาการผู้ป่วยหลังทานยา และเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ป่วยในชุมชน หากพบผิดปกติ ให้รายงานศูนย์ปฏิบัติการทันที 3.แจ้งเตือนการนัดหมายรับยาของผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง โดยประสานกับ อปท. เพื่อขอรถรับส่งผู้ป่วย

การกำกับติดตามผู้ป่วย ติดตาม ดูแล อย่างต่อเนื่อง

19 มิถุนายน 2566

รพ.สต.บ้านท่ากระดังงา / อบต.มหาโพธิ / กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรม อสม.ตำบลมหาโพธิ นำผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดผู้ดูแลและรับยาผ่านทางไปรษณีย์จาก รพ.จิตเวช พบจิตแพทย์เพื่อตรวจร่างกายประจำปี จำนวน 10 คน เพื่อควบคุมอาการผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติสุข



"ภาพผู้ป่วยจิตเวช เห็นหลวงพ่อธรรมจักร ที่โรงพยาบาลจิตเวช แล้วบอกหมอ....ขอกราบหลวงพ่อก่อนกลับบ้าน แค่นี้.... คนทำงานก็ชื่นใจหายเหนื่อย "



ปลายน้ำ

การเตรียมชุมชน

อุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นมาตลอด โดยข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2558 รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช จำนวน 1.3 ล้านคน ปี พ.ศ.2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2.4 ล้านคน และ ปี พ.ศ.2565 มีเหตุการณ์ความรุนแรงซึ่งมีผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวช รวมกว่า 3,815 คน ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 13 การขับเคลื่อนสุขภาพจิตให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคม และยกระดับคุณภาพชีวิตรวมถึงสุขภาพจิตของประชาชน ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคชุมชน และภาคประชาชน

ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อ ในรูปแบบต่างๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระสูงในการดูแล ส่งผลให้ญาติ มีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดความหวัง และกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วย ไม่คงที่อาการกำเริบบ่อยครั้ง เกรงว่าผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อ ผู้อื่นและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชไว้

ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นมี 3 ด้านดังนี้

ด้านผู้ป่วย → การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับการรับประทานยาเอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ยาเสพติดร่วม พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน

ด้านผู้ดูแล → ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่มีเวลา ต้องไปประกอบอาชีพทำให้ ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย

ด้านชุมชน → คนในชุมชนหวาดกลัวต่ออาการกำเริบอาจมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคจิต เพิกเฉย คิดว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้นไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

ปลายน้ำ

การเตรียมชุมชน

วัตถุประสงค์การเตรียมชุมชน

1. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตได้รับบริการต่อเนื่อง ในชุมชน จากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ
3. เพื่อพัฒนาเครือข่าย 5 กัลยาณมิตรในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือผู้ที่เสพยาเสพติด
4. การอบรมให้ความรู้กับครอบครัว/ชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

1. ประชุม 5 กัลยาณมิตรเพื่อเตรียมพื้นที่รับผู้ป่วยกลับบ้าน ร่วมวางแผนกับครอบครัว, ทบทวนหน้าที่ของทีม 5 กัลยาณมิตร ที่มีบทบาทในการติดตามช่วยเหลือและกำกับการกินยา

2. เตรียมบ้านและชุมชนรอบๆ บ้านผู้ป่วย รวมทั้งร้านค้าในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับผู้ป่วย และการเปลี่ยนวิธีคิดและพฤติกรรมให้คิดบวกกับผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

เตรียมบ้านและชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับ

1.ทำความสะอาดที่นอนและห้องพัก ให้สะอาด
2.ปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์ภายในที่พัก และ รอบๆ ที่พักให้ไม่เหมือนเดิม
3.ปรับเปลี่ยนคำพูดห้ามพูด ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกผู้ป่วย เป็นคำพูดที่ให้กำลังใจ เช่น สู้ๆ น่ะ เดี๋ยวก็หาย มีอะไรให้ช่วยไหม
4. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกในครอบครัว

3.ทีม 5 กัลยาณมิตร ติดตามเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย กำกับการกินยา โดยส่งผลการติดตาม (ภาพ/VDO) ผ่านทางกลุ่มไลน์ ให้ศูนย์ปฏิบัติการทราบทุกวัน

4.รายงานปัญหาด้านสุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ โรคประจำตัว และอาการให้ศูนย์ปฏิบัติการทราบ เพื่อประสานหน่วยงานอื่นๆให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันเวลา





ปลายน้ำ

การเตรียมชุมชน

บทบาทของทีม 5 กัลยาณมิตร หลังรับผู้ป่วยกลับบ้าน

บทบาท	หน้าที่
ผู้นำชุมชน	- จัดเตรียมชุมชน เพื่อชี้แจงแนวทางในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย
อปท.	- ดูแลเรื่องงบประมาณ การเดินทางไป-กลับ บ้านและ ร.พ.ของผู้ป่วยตามแพทย์นัด - จัดหาบุคลากรสนับสนุน เช่น นักพัฒนาชุมชน คนขับรถ เป็นต้น
อสม.	- ช่วยติดตามกำกับญาติ ให้ดูแลการกินยาทุกวัน (การกลืนยา) - สอดส่องพฤติกรรมผู้ป่วย - รายงานแบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน และ OAS
ญาติ	- ทำความสะอาดห้องนอน รอบบ้านของผู้ป่วย - ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม ให้คิดบวกกับผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ดูแลให้กินยาและ ให้กำลังใจผู้ป่วย
ขวัญใจ	- เป็นตัวเชื่อมต่อระหว่าง ทีม 5 กัลยาณมิตร เพื่อดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยพูดและแนะนำสิ่งดีๆ ให้กับผู้ป่วย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย



ประสานหน่วยงานอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พมจ. พช. กศน. เกษตร ประมง ปศุสัตว์ วัด โรงเรียน ชมรมต่างๆ และส่งเสริมด้านการประกอบอาชีพ และการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ และการให้การสงเคราะห์ตามความจำเป็น

ปลายน้ำ

การเตรียมชุมชน

การช่วยเหลือส่งเสริมหรือกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเบ้องต้น

1. ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
2. กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ รับประทานอาหาร
3. การอยู่อาศัยในครัวเรือน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดและทำความสะอาดพื้น การทำความสะอาดถ้วยชามหลังกินข้าว การซักผ้าทิ้งขยะซักเสื้อผ้า และการขับถ่ายให้เป็นที่เป็นทาง
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วย รู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลาย
5. สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์



เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. สื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ
2. มอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ ให้โอกาสและอิสระกับผู้ป่วยในการเลือกกิจกรรม
3. ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาสและเทศกาล

การเตรียมชุมชน

กรณีผู้ป่วยมีผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ของยา ควรให้คำแนะนำ ดังนี้

ผลข้างเคียง	คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย
ปากแห้ง/คอแห้ง /ท้องผูก	ให้จิบน้ำบ่อยๆ หรืออมลูกอมจะช่วยให้ดีขึ้นได้ ไม่ควรดื่มน้ำหวาน เพราะจะทำให้อ้วน/น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ ถ้ามีอาการท้องผูกให้กินอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผัก ผลไม้
ตาพร่า	ขอให้ระมัดระวังเรื่องหกล้ม/อุบัติเหตุ อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายในหนึ่งสัปดาห์
ง่วงนอน/ อ่อนเพลีย	ให้หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร โดยปกติแพทย์มักจะให้ยากลุ่มนี้ในช่วงเย็นหรือก่อนนอนอยู่แล้ว แต่ถ้าง่วงหรืออ่อนเพลียมากจนทำงานไม่ไหว ขอให้กลับไปพบแพทย์
กินเก่ง/น้ำหนักเพิ่ม	ยามีผลข้างเคียงทำให้กินเก่งขึ้น ต้องระวัง หรือควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือแป้งสูง เช่น ของทอด ของหวาน และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน





การเตรียมชุมชน

ข้อควรระวัง อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์

อาการข้างเคียง	คำแนะนำ/การแก้ไข
1.มือสั่น แขนขาเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า	ให้ข้อมูลว่าอาการจะเป็นช่วง 1-5 วันแรก ส่วนมากอาการจะค่อยๆ หายไปเอง
2.ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขนขา เซื่องซึม	อาจจะเกิดในช่วง 50-60 วันแรก หลังได้รับยา ส่วนมากอาการจะค่อยๆ ดีขึ้น
3.กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ควบคุมไม่ได้	-อาการเหล่านี้จะลดลงได้ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม ออกกำลังกาย -หากมีอาการควรไปพบแพทย์ เพื่อปรับยา
4.อาการขมุบขมิบหรือดูดปาก คอบิด เอียง ขยับนิ้วมือ นับนิ้วมือ	อาการนี้จะเกิดขึ้นช้าๆ พบในผู้ป่วยที่ใช้ยานานเกิน 1 ปี ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา แนวทางป้องกันคือ มาตรวจร่างกายอย่างน้อยทุก 3 เดือน
5.คอแข็ง/ลิ้นแข็ง/มือสั่น	มักจะเป็นมากในช่วงสัปดาห์แรก แพทย์มักจะให้ยาลดอาการตัวเกร็งมาด้วย ให้กินยาสม่ำเสมอ อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น แต่ถ้ายังมีอาการมาก ขอให้ไปพบแพทย์
6.หน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า	แก้ไขโดยค่อยๆ เปลี่ยนท่าทาง เช่น จากท่านอนให้ลุกนั่งสักครู่ แล้วจึงค่อยยืนและเดิน

แนวทางการดำเนินงานช่วงหลังเกิดเหตุ

การเตรียมความพร้อมก่อนคืนสู่ครอบครัว/ชุมชน/สังคม พม. ร่วมกับภาคีเครือข่าย ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน วางแผนการให้ความช่วยเหลือร่วมกันบนฐานความคิด การทำงานแบบองค์รวม โดยมีกระบวนงานดังนี้

1.รับแจ้ง/ แรกรับ	**อปท./ผู้นำชุมชน/อสม./อพม./ครอบครัวและญาติร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินสภาวะ** • **ประเมินสภาวะกายจิตสังคม** • **ประเมินสภาวะครอบครัว** • **ประเมินความเสี่ยง** • **ประเมินความต้องการ** ไม่เสี่ยง ไม่ซับซ้อน ซับซ้อน
2.แผนการให้ความช่วยเหลือ	**เยี่ยมบ้านและวางแผนการให้ความช่วยเหลือร่วมกันกับครอบครัวและ 5 กัลยาณมิตร เฝ้าระวัง/เสริมศักยภาพ/เสริมพลังใจ** • **สร้างสัมพันธภาพในครอบครัว/สร้างความเข้มแข็งครอบครัว/การสื่อสารเชิงบวก** • **สร้างการยอมรับในความแตกต่างหลากหลายของบุคคล** • **ให้คำแนะนำปรึกษา/ทักษะชีวิต** • **แจ้งสิทธิสวัสดิการ และการเข้าถึงสวัสดิการและบริการภาครัฐ** • **ส่งเสริมสนับสนุนด้านสิทธิสวัสดิการ** • **การมีอาชีพ/สร้างรายได้/จ้างงานคนพิการ** • **กองทุนคุ้มครองเด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ** • **ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การสงเคราะห์** • **เงินสงเคราะห์ครอบครัว/ทุนการศึกษา/ทุนประกอบอาชีพ** • **ปรับปรุงซ่อมแซมบ้านคนพิการ/ผู้สูงอายุ** • **กายอุปกรณ์/รถโยคุ้มครองสวัสดิภาพชั่วคราว** • **ดำเนินการทางทะเบียนราษฎร์** • **บริการที่พักอาศัย-ปัจจัย 4** • **พัฒนาศักยภาพกาย/จิต/สังคม** • **อื่นๆ**
3. ทบทวนและประเมินสภาวะซ้ำ	**ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ อปท./ผู้นำชุมชน/อสม./อพม./ครอบครัวและญาติ** • **ประเมินความเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง** • **ทบทวนความก้าวหน้า ความเหมาะสมของแผน** • **จัดระบบบริการที่เหมาะสมใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์**
4. ส่งต่อ	**สถานประกอบการ/สถานคุ้มครอง/สถานสงเคราะห์**
5. การติดตามและประเมินผล	**(ระยะ 3 เดือน / 6 เดือน และ 1 ปี)**

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์

"ผมไร้ญาติขาดมิตร ผมรู้ว่าชีวิตของผมไม่มีใครต้องการ ทุกคนต่างหวาดกลัว และรังเกียจ มองผมเหมือนไม่ใช่นุษย์ เขาลืมไปหรือเปล่า ว่าผมก็มีความรู้สึก ได้โปรดให้โอกาสผมอีกครั้ง ผมอยากกลับบ้าน"

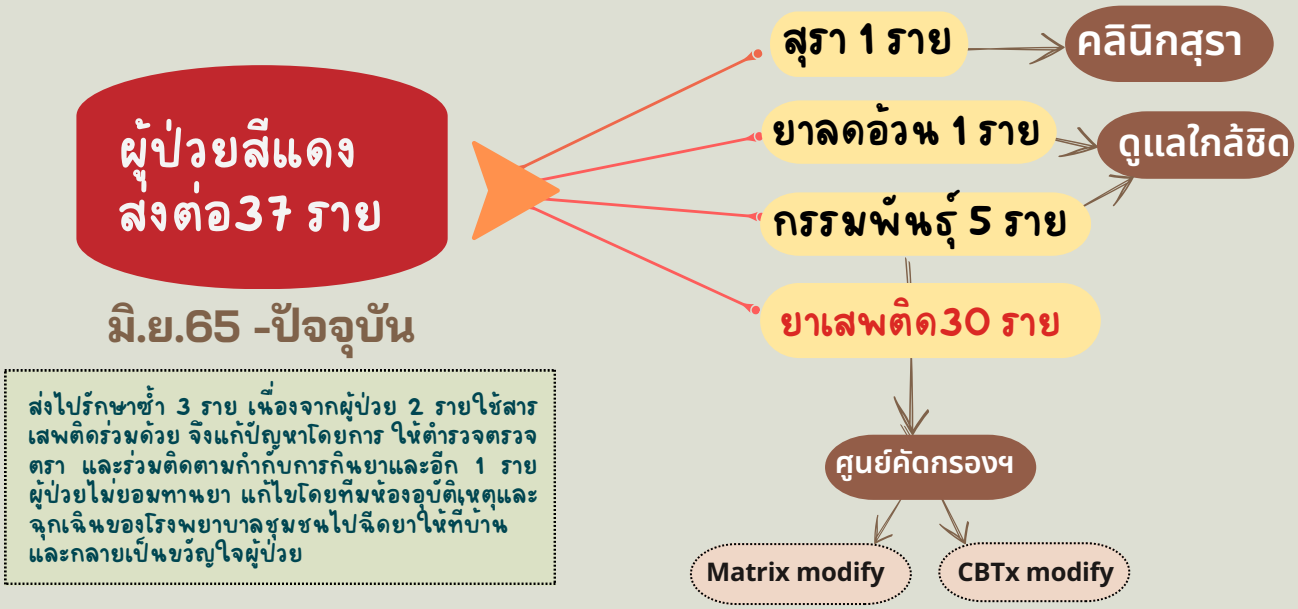
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาทางสังคม โดยตระหนักถึงการเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มุ่งเน้นการขจัดความยากจน และลดความเหลื่อมล้ำทุกรูปแบบ โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้การช่วยเหลือ คุ้มครองสวัสดิภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทุกช่วงวัย เช่นเดียวกันกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ไม่สามารถกลับคืนสู่ชุมชนได้

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ ร่วมกับหน่วยงานทีม One Home ค้นหาสถานที่รองรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ตลอดจนการส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และครอบครัว ที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ เพื่อลดสาเหตุแห่งการใช้สารเสพติด



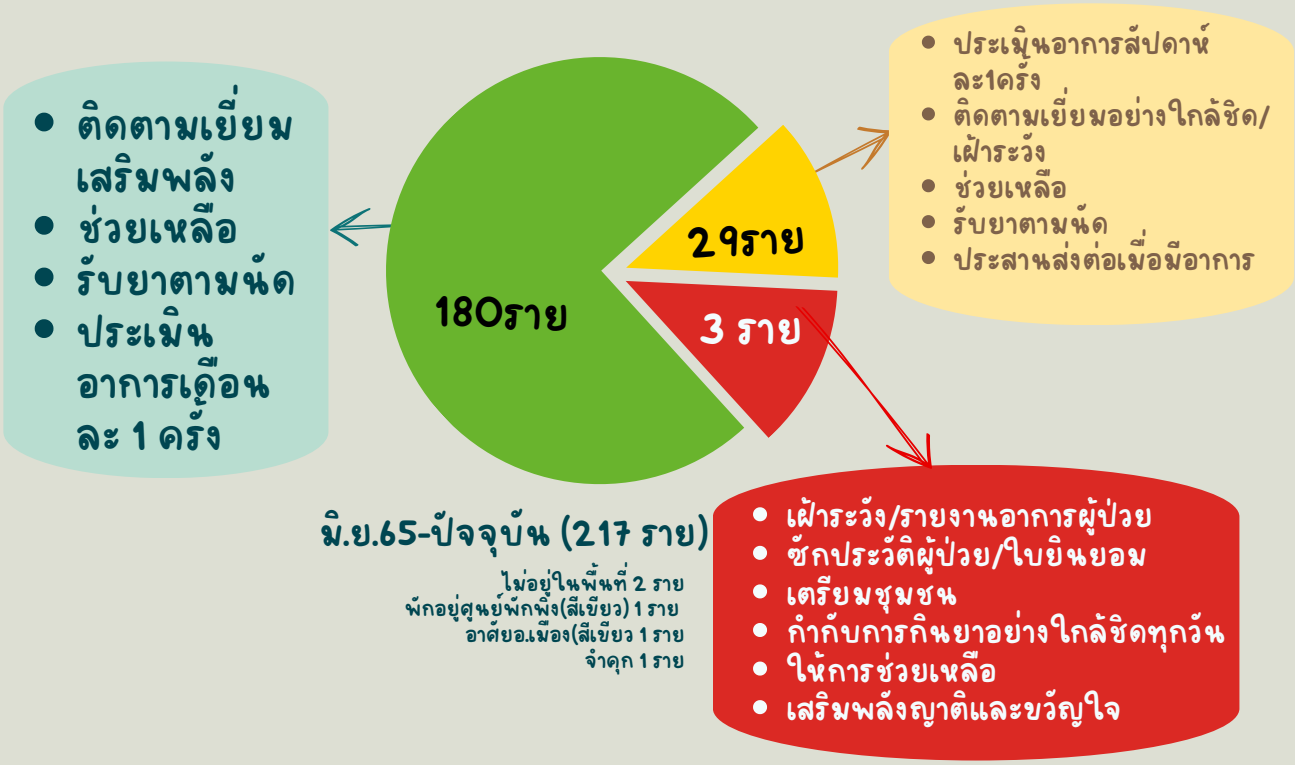
ผลการดำเนินงาน

ให้การช่วยเหลือนำส่งผู้ป่วยกลุ่มสีแดง



ส่งไปรักษาซ้ำ 3 ราย เนื่องจากผู้ป่วย 2 รายใช้สารเสพติดร่วมด้วย จึงแก้ปัญหาโดยการ ให้ตำรวจตรวจตรา และร่วมติดตามกำกับการกินยาและอีก 1 ราย ผู้ป่วยไม่ยอมทานยา แก้ไขโดยทีมห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนไปฉีดยาให้ที่บ้าน และกลายเป็นขวัญใจผู้ป่วย

ผลการดำเนินงานความครอบคลุมผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในระบบการรักษา



มิ.ย.65-ปัจจุบัน (217 ราย)

ไม่อยู่ในพื้นที่ 2 ราย
พักอยู่ศูนย์พักพิง(สีเขียว) 1 ราย
อาศัยอ.เมือง(สีเขียว 1 ราย
จำคุก 1 ราย

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลา	ผลการดำเนินงาน
มิถุนายน 2565	ดำเนินการประชุมนำเสนอการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช - ประชุมคณะทำงานย่อยเพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงาน - มอบหมายภารกิจให้แต่ละทีมงาน กำหนดแนวทางปฏิบัติของกลุ่มงาน - ฝ่ายสาธารณสุข โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติรักษามาวิเคราะห์ร่วมกัน - ฝ่ายปกครอง ร่างคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ และค้นหาข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน - ฝ่ายตำรวจ ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
21 กรกฎาคม 2565	ประชุมนำเสนอจัดตั้งศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช
21 สิงหาคม 2565	- จัดกลุ่มแยกประเภทผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งสีความรุนแรง เป็น แดง เหลือง เขียว ตามลำดับอาการ - นำข้อมูลผู้ป่วยที่มีทั้งหมด มาวิเคราะห์จัดกลุ่มสี ทั้ง 3 สี ตามลำดับความรุนแรง
22 สิงหาคม 2565	ประชุมทีมงานทุกภาคส่วน เข้ารับผู้ป่วยที่มีความรุนแรง (สีแดง) พร้อมทั้งค้นหาทีม 5 กัลยาณมิตร (สำหรับผู้ป่วยรายการณ์)
กันยายน 2565	ประชุมวางแผน กรณีรับผู้ป่วยกลับบ้านและรับผู้ป่วยจากศูนย์บำบัดกลับสู่ชุมชน

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลา	ผลการดำเนินงาน
10 ตุลาคม 2565	นำเสนอผลการดำเนินงานสุขภาพปฐมภูมิ "โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย"
พฤศจิกายน 2565	- จัดทำเอกสารอบรมโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช ให้กับกำนันผู้ใหญ่บ้านและกลุ่มผู้นำชุมชนผู้กี่ยวข้องของอำเภอเก้าเลี้ยว - ลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและกลับมาในพื้นที่พร้อมกับทีมชุมชน 5 กัลยาณมิตร
7 ธันวาคม 2565	อบรมโครงการให้ความรู้ป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช "เก้าเลี้ยวโมเดล" ให้กับกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและกลุ่มผู้นำชุมชนผู้เกี่ยวข้องของอำเภอเก้าเลี้ยว
มกราคม - กุมภาพันธ์ 2566	ลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยร่วมกับทีมชุมชน 5 กัลยาณมิตร ดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTX)
8 มีนาคม 2566	ประชุมเชิงปฏิบัติการขยายผลโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช "เก้าเลี้ยวโมเดล" ให้กับเครือข่าย - รุ่นที่ 1 อำเภอหนองบัว อำเภอเก้าเลี้ยว อำภอท่าตะโก อำเภอไพศาลี อำเภอตากฟ้า
21 มีนาคม 2566	ประชุมเชิงปฏิบัติการขยายผลโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช "เก้าเลี้ยวโมเดล" ให้กับเครือข่าย - รุ่นที่ 2 อำเภอเมืองนครสวรรค์ อำเภอโกรกพระ อำเภอชุมแสง อำเภอพยุหะคีรี อำเภอตาคลี

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลา	ผลการดำเนินงาน
23 มีนาคม 2566	ประชุมเชิงปฏิบัติการขยายผลโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช "เก้าเลี้ยวโมเดล" ให้กับเครือข่าย - รุ่นที่ 3 อำเภอลาดยาว อำเภอบรรพตพิสัย อำเภอชุมตาบง อำเภอแม่วงก์ อำเภอแม่เปิน
21 เมษายน 2566	นำเสนอการป้องกันและการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ให้กับ นายสุทธิพงษ์ จุลเจริญ ปลัดกระทรวงมหาดไทย เนื่องในงานเปิดศูนย์บำบัดยาเสพติดของอำเภอลาดยาว

การขยายเครือข่าย



ก.ค. 2565

วางระบบการเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในระดับอำเภอและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพจิตที่ 3 นครสวรรค์



พ.ย. 2565

ตำรวจภูธรมีการขยายเครือข่าย 9 จังหวัดภาคเหนือ โดยมี สถานีตำรวจภูธรวังทองนำไปใช้เป็นแห่งแรก



ธ.ค. 2565

เผยแพร่.เก้าเลี้ยวโมเดลผ่านสื่อโทรทัศน์ ออกอากาศวันที่ 25 ธ.ค.65



23 ก.พ.2566

นำเสนอเก้าเลี้ยวโมเดลในคณะอนุกรรมการจิตเวช/ยาเสพติดและขยายเครือข่าย 15 อำเภอ

การขยายเครือข่าย

มี.ค. 2566

แสดงบูธนิทรรศการ ในกิจกรรม หน่วยบำบัดทุกข์ สร้างสุขให้ ประชาชน (จังหวัดเคลื่อนที่)



21 เม.ย. 2566

นำเสนอนิทรรศการ เก้าเลี้ยวโมเดล ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทย ในโอกาสลงพื้นที่ อ.ลาดยาว จ.นครสวรรค์



ก.พ. - ก.ค. 2566

ร่วมพัฒนา แอปพลิเคชั่น นครสวรรค์สุขใจ



พ.ค. - ส.ค. 2566

จัดทำคู่มือเก้าเลี้ยวโมเดล



นครสวรรค์สุขใจ



นายชยันต์ ศิริมาศ

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์ โดยนายชยันต์ ศิริมาศ ได้ให้ความสำคัญในดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง และได้เล็งเห็นแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชอำเภอเก้าเลี้ยว (เก้าเลี้ยวโมเดล) ที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่อำเภอเก้าเลี้ยว และผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนระดับจังหวัด ร่วมกันดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกระดับ จึงได้มอบนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้กับทุกส่วนราชการมุ่งสู่แนวทาง “นครสวรรค์สุขใจ”

การขยายเครือข่าย เก้าเลี้ยวโมเดล ”ตำรวจภูธร”

1. พ.ต.อ.นิติศักดิ์ แก้วอ้น ผกก.สภ.เก้าเลี้ยว นำข่าวสารและข้อสั่งการ ของ พล.ต.อ.ดำรงศักดิ์ กิตติประภัสร์ ผบ.ตร.ที่มอบนโยบายโครงการค้นหาผู้เสพยาเสพติดมาโพสต์ในไลน์กลุ่ม สภ.เก้าเลี้ยว เห็นว่า สามารถนำ “เก้าเลี้ยวโมเดล” มาใช้ได้

2.พ.ต.อ.นิวัติ พิพัฒนสิริ รอง ผบก.ภ.จว.นครสวรรค์ ทราบแล้ว ได้ให้โอกาสมาให้นำเสนอข้อมูลเบื้องต้น เสร็จแล้วอนุญาตให้นำเสนอในที่ประชุมบริหาร ของ ภ.จว.นครสวรรค์ ในวันที่ 12 ต.ค.65

3.พล.ต.ต.ชาญวิทย์ กนกนาก ผบก.ภ.จว.นครสวรรค์ ทราบแล้ว ให้นำไปเผยแพร่ ไปสู่การปฏิบัติ จึงได้นำเสนอที่ ศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์ วันที่ 28 ต.ค 65

4. พล.ต.ต.พยูห์ ธนะศรีสืบวงศ์ รอง ผบช.ภ.6 ทราบแล้ว ในวันที่ 18 ต.ค.65 จึงได้ให้นำเสนอรายละเอียดโครงการเบื้องต้น ที่ ห้องทำงาน รอง ผบช.ภ.6

5.พ.ต.อ.เจษฎา ท่าโพธิ์ ผกก.สภ.วังทอง ซึ่งได้ร่วมรับฟังการนำเสนอ เมื่อวันที่ 18 ต.ค. 65 นำไปปรับใช้ร่วมกับอำเภอวังทอง และดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชรายแรกของอำเภอวังทอง เมื่อวันที่ 24 พ.ย.65

6. พล.ต.ต.พยูห์ ธนะศรีสืบวงศ์ รอง ผบช.ภ.6 ได้มอบหมายให้นำเสนอในการประชุมมอบนโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันปราบปรามอาชญากรรม ของ ภ. 6 ให้สถานีตำรวจในสังกัด ภ.6 นำไปปรับใช้ เมื่อวันที่ 25 พ.ย.65

7. พล.ต.ต.ชาญวิทย์ กนกนาก ผบก.ภ.จว.นครสวรรค์ ทราบแล้ว ให้นำไปเผยแพร่แก่สถานีตำรวจในสังกัด ภ.จว.นครสวรรค์ เป็นครั้งที่ 2 จึงได้นำเสนอที่ ภ.จว.นครสวรรค์ เมื่อวันที่ 11 ม.ค 66

8. นายชยันต์ ศิริมาศ ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์ ได้สั่งการให้นำเสนอที่ห้องประชุมศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566





ภาคผนวก

การฟื้นฟูด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

หมอนนิทรา



หมอนนิทราเป็นการนำสมุนไพรแห้งที่มีกลิ่นเย็น สดชื่น มาผสมกับน้ำมันหอมระเหย แล้วนำไปใส่ไว้ในหมอน ซึ่งน้ำมันหอมระเหยจะเป็นตัวสกัดสารสำคัญและกลิ่นของสมุนไพรออกมา ช่วยให้ผ่อนคลาย สดชื่น ช่วยให้นอนหลับ

วิธีใช้และสรรพคุณ

ใช้หนุนนอนช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับ ช่วยให้ผ่อนคลาย สดชื่น แก้วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย

ส่วนประกอบ (ในตัวยา 125 กรัม)





1. ดอกคาโมมายด์	20	กรัม
2. เกสรบัวหลวง	15	กรัม
3. ดอกจันทน์	10	กรัม
4. กานพลู	10	กรัม
5. พิมเสน	15	กรัม
6. การบูร	10	กรัม
7. น้ำมันยูคาลิปตัส	5	กรัม
8. เกล็ดสะระแหน่ (เมนทอล)	20	กรัม
9. ตัวยาอื่น ๆ	20	กรัม

วิธีทำ

1. นำพิมเสน การบูร เมนทอล เกล็ดสะระแหน่ (เมนทอล) และน้ำมันยูคาลิปตัส มาผสมในถ้วยแก้วให้ละลายเป็นน้ำ
2. นำสมุนไพรที่หั่นแล้วมาใส่ในกะละมัง และ
3. นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมกับสมุนไพรคลุกเคล้าให้ทั่ว
4. นำมาแยกใส่ถุงผ้าเล็กๆ และนำถุงผ้าเล็กๆ ใส่ไว้ในหมอน

ปลายน้ำ

การฟื้นฟูด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

น้ำมันหยดนิทรา



น้ำมันหยดนิทรา

เป็นการนำน้ำมันหอมระเหย เช่น พิมเสน การบูร น้ำมันยูคาลิปตัส เกล็ดสะระแหน่(เมนทอล) มาผสมรวมกับสมุนไพร เพื่อให้ได้กลิ่นหอม ผ่อนคลาย

วิธีทำ

1.นำพิมเสน การบูร เมนทอล เกล็ดสะระแหน่ (เมนทอล) และน้ำมันยูคาลิปตัส มาผสมในถ้วยแก้วให้ละลายเป็นน้ำ

2.นำสมุนไพรมาใส่ในขวดแก้ว

3.นำน้ำมันหอมระเหยที่เตรียมไว้ มาเทใส่ในขวดแก้ว ให้ท่วมสมุนไพร ปิดฝาให้สนิท

4.ตั้งขวดแก้วทิ้งไว้ประมาณ 7 วัน แล้วจึงนำมาใช้โดยการแยกใส่ขวดเล็ก ๆ

วิธีใช้และสรรพคุณ

ใช้ฉีดบริเวณหมอนหรือบริเวณเสื้อผ้า แก้วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ช่วยให้ ผ่อนคลาย สดชื่น ช่วยให้นอนหลับ และสามารถนำมานวดบริเวณบ่า ต้นคอได้

ยาดมอารมณ์ดี



ยาดมอารมณ์ดี

เป็นการนำสมุนไพรแห้งที่มีกลิ่นเย็น สดชื่น มาผสมกับน้ำมันหอมระเหย ซึ่งน้ำมันหอมระเหยจะเป็นตัวสกัดสารสำคัญและกลิ่นหอมของสมุนไพรออกมา

วิธีทำ

1.นำพิมเสน การบูร เมนทอล เกล็ดสะระแหน่ (เมนทอล) และน้ำมันยูคาลิปตัส มาผสมในถ้วยแก้วให้ละลายเป็นน้ำ

2.นำสมุนไพรมาใส่ในขวดแก้ว

3.นำน้ำมันหอมระเหยที่เตรียมไว้ มาเทใส่ในขวดแก้ว ให้ท่วมสมุนไพร ปิดฝาให้สนิท

4.ตั้งขวดแก้วทิ้งไว้ประมาณ 7 วัน แล้วจึงนำมาใช้โดยการแยกใส่ขวดเล็ก ๆ

วิธีใช้และสรรพคุณ

ใช้สูดดมแก้วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ช่วยให้ผ่อนคลาย สดชื่น ช่วยให้นอนหลับ

ทีมเรา เล่าเรื่อง



จากปัญหาสู่การเกิดแนวทาง.....

“หมอๆ หนูว่าคนที่อยู่ที่วัด ต้องผิดปกติแน่ๆ”

อสม.ประจำหมู่บ้านเข้ามาปรึกษาเมื่อสังเกตุเห็นว่ามีความผิดปกติทางสุขภาพจิต

เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านหัวดงได้เข้าไปตรวจสอบพบ ผู้ชายอายุ 43 ปี อาศัยอยู่บ้านคนเดียว (ใกล้วัด) ไม่มีญาติ ไม่มีงานทำ เป็นผู้ป่วยสุขภาพจิตที่รับยามาประมาณ 9 ปี ช่วงแรกๆ จะมีผู้ปกครองช่วยดูแลเรื่องการกินยา แต่หลังจากผู้ดูแลหลักเสียชีวิตหมด ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว ไม่มีใครกำกับเรื่องการกินยาให้สม่ำเสมอ เริ่มไม่ค่อยทานยา มีพฤติกรรมที่ผิดปกติชอบนั่งมองเด็กนักเรียนและคุณครูที่โรงเรียนและบางครั้งก็เดินเข้าไปในโรงเรียน

เมื่อ อสม.มาปรึกษาจึงนำเรื่องเข้าที่ประชุมหมู่บ้าน บอกเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และอาจเกิดปัญหาในอนาคต ที่ประชุมรับรู้ปัญหาแต่ยังไม่มีข้อสรุปในการแก้ปัญหา ในชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย

เมื่อ สสอ.เก้าเลี้ยว นายภูดิศ แก้วจรูญ รับรู้ปัญหาจึงได้ประสานทาง อบต. ตำรวจ และฝ่ายปกครอง เข้าหาผู้ป่วยและช่วยกันเกลี่ยกล่อมนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ที่รพ.จิตเวชนครสวรรค์ แต่ไม่ได้ประสานทางรพ.ไว้ก่อน จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการรับตัวผู้ป่วยไว้ใน รพ. เพราะทำไม่ถูกขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

หลังจาก รพ.จิตเวชนครสวรรค์รับเข้าระบบการรักษาแล้ว ก่อนรับผู้ป่วยกลับต้องมีการเตรียมชุมชนให้ชุมชนยอมรับ จึงต้องมีการประชุมในหมู่บ้านโดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมพูดคุยจนได้ข้อสรุปเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากรพ. นับเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการประชุมทีมผู้รับผิดชอบปัญหาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ก่อให้เกิดแนวทางเก้าเลี้ยวโมเดลขึ้น

ผู้เขียน นางกาญจนา วจีสัจจะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านหัวดง
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหัวดง ตำบลหัวดง อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง



เก้าเลี้ยวโมเดลกับเรื่องเล่าประทับใจ

ชายไทย อายุ 49 ปี อาชีพรับจ้าง เป็นช่างก่อสร้าง อยู่ ม.6 ต.เขาดิน อ.เก้าเลี้ยว พ่อและแม่ ยังมีชีวิตอยู่ มีน้องสาว 1 คน ครอบครัว ภรรยาเสียชีวิต มีบุตรสาว 1 คน ดำเนินชีวิตทำมาหากินเหมือนปกติทั่วไป แต่มีช่วงชีวิตตอนไปทำงานก่อสร้างเป็นจุดพลิกผัน ได้ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจากการชักชวนของเพื่อนร่วมงาน เลยลองเสพและเสพติดตลอด 15 ปีที่ผ่านมา

ปัจจุบัน กันยายน พ.ศ. 2565 มีอาการจิตหลอน หูแว่ว คิดว่าจะมาคนมาลอบทำร้าย ทำให้ครอบครัว อยู่ด้วยไม่ได้ พ่อ-แม่ ลูกสาว ต้องหนีไปอาศัย อยู่กับญาติที่อยู่ใกล้บ้านพัก แม่ได้มาแจ้ง กับผู้ใหญ่บ้าน ถึงพฤติกรรมของลูกชาย ผู้ใหญ่บ้านก็มาแจ้ง ที่ รพ.สต.บ้านเขาดิน เพื่อดำเนินการรักษา ส่งตัวไปที่ รพ.จิตเวช ต่อไป

ความประทับใจได้ช่วยเหลือทางครอบครัวผู้ป่วยและเพื่อนบ้านรอบข้าง ไม่ให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สิน เป็นจุดเริ่มต้นแรกๆ ก่อนที่จะเกิดเก้าเลี้ยวโมเดล เครือข่ายสุขภาพที่ทำงาน ยังมีแค่ ตำรวจ หมออนามัย ร่วมกันทำงานแค่ 2 ทีมประสานงาน ส่งต่อ รพ.เก้าเลี้ยว หลังจากเกิดกรณีนี้ มีการปรึกษาหารือ ว่าจะทำอย่างไรที่จะมีภาคีเครือข่าย มาร่วมการดำเนินการทำงานช่วยเหลือ และไม่ให้เกิดช่องว่าง ปัญหารอยต่อต่างๆ

ปัจจุบัน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ทีมเก้าเลี้ยวโมเดล ได้ดำเนินการไปได้อย่างเป็นระบบ รู้ได้ทันทีกรณีเกิดเหตุว่าใครต้องทำอะไร เหมือนโน้ตเพลงที่เขียนไว้ว่า ทีมเครือข่ายสุขภาพ ต้องทำอะไรบ้างตามที่ได้กำหนดนัดหมายไว้ หลังจากดำเนินการแล้วก็มาสรุปปัญหา อุปสรรค ปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์ต่อไป เพราะแต่ละปัญหาของแต่ละคน มีปัญหาแตกแต่งกันไป ตามบริบทของบุคคล

ผู้เขียน นายมานพ กฤชเถกิง ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาดิน
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหัวดง ตำบลเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง



มนุษย์แม่

พ่อ แม่ มีบุตร (ชาย) คนเดียว จะทุ่มเทความรักให้กับลูกสูงมาก เข้าในตำราที่ว่า “พ่อแม่รังแกฉัน” แต่ความรักที่มอบให้ลูกเป็นสิ่งที่ดี พ่อกับแม่ค่อยๆยอมรับและรับได้ว่าลูกเป็นผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เกิดจากอำนาจลึกลับ สิ่งที่เห็นคือการมารับยาและการพาลูกมาฉีดยาสม่ำเสมอ และสิ่งที่สังเกตเห็นได้อย่างหนึ่งคือ ลูกชายมีอำนาจต่อรองเหนือพ่อกับแม่ค่อนข้างมาก สิ่งที่เรามองไม่เห็นและซ่อนอยู่คือสัมพันธภาพ ในครอบครัว

สิ่งหนึ่งที่เรารู้และได้ยินมาจากเพื่อนบ้านก็คือ ลูกมักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงกับพ่อและแม่ ด้วยความรักและความอดทนของแม่ แม่พยายามปกปิดปัญหา แต่พ่อมักจะระบายและมีความขัดแย้งกับลูกชาย

ปัญหาบางอย่างที่พ่อกับแม่เก็บไว้อีกอย่าง คือ เรื่องบุตรมีการใช้ยาเสพติด บุหรี่และกาแฟอย่างมาก ไม่กินยาจิตเวชเมื่อมีการใช้ยาเสพติด จนเกิดมีปากเสียงกับพ่อ ทำร้ายร่างกายพ่อ พ่อใช้มีดฟันเพื่อป้องกันตัวเอง ทำให้เขาได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่ถึงกับชีวิตและที่สำคัญ พ่อต้องไปติดคุก เกิดคำถามว่า **“ ทำไม่พ่อถึงติดคุกลูกก็บาดเจ็บไม่มากเท่าไหร่”**

มนุษย์แม่ของเรานี่แหละที่เพิ่มความขัดแย้งให้กับพ่อกับลูกมากขึ้น แม่พาลูกไปแจ้งความกับตำรวจ จนทำให้พ่อต้องไปติดคุก พาลูกไปเปลี่ยนนามสกุลไม่ให้ใช้นามสกุลพ่อ

ระหว่างที่พ่ออยู่ในเรือนจำ ลูกมาฉีดยาตามนัดและรับยาไป แต่ก็ไม่กินยาและใช้ยาเสพเพราะว่าอยู่กับแม่คนเดียว บางครั้งทำร้ายร่างกายแม่ เมื่อขอเงินไปซื้อยาเสพติดไม่ได้ แต่แม่ไม่เคยบอกความจริงกับเราเลย สิ่งที่แม่พูดตลอดถึงลูกถ้าเราซักถามอาการเรื่องการกินยาคือคำพูดประโยคที่ได้ยินจนเราจำได้และท่องได้คือ**“ดวงใจแม่ลูกรักของแม่กินยาตลอดไม่เคยสร้างปัญหาให้เลย”**

ไม่นานหลังจากพ่อพ้นโทษก็เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันเกิดขึ้น ลูกใช้ขวานฟันทำร้ายพ่อ จนเสียชีวิตแล้วนั่งร้องไห้อยู่ข้างศพพ่อ

.....(ต่อ)

ทีมเรา เล่าเรื่อง

มนุษย์แม่

เป้าหมายของแม่เกี่ยวกับลูกชายคืออะไร แม่ตอบว่าแม่อายุเยอะแล้ว มีตัวคนเดียว อยากให้แค่ลูกชายออกมาดูแลกันเป็นเพื่อนกัน ลูกชายของแม่ผอมมากแม่สงสารมากที่จะต้องทนลำบากอยู่ในเรือนจำ เพราะว่าตอนไปเยี่ยมผอมและดำมากเลย เราเห็นความพยายามของแม่เรารู้สึกชื่นชมและนับถือแต่สิ่งที่เรารับรู้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคนที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ “มนุษย์แม่” เราต้องแก้ไขที่
ตัวแม่ก่อน เป็นอันดับแรกเราขอคำปรึกษา จนท.พยาบาลและ นักสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และมีความเห็นตรงกันว่า

“แม่รักลูกมากปกปิดปกป้องทุกวิถีทางเท่าที่แม่คนหนึ่งจะทำได้”

ข้างๆบ้านญาติที่สนิทกันบอกว่าเหตุการณ์ดูไม่ค่อยดี ถามแม่ แม่ตอบสิ่งที่แม่ตอบมาคือ ลูกโอเค ทุกอย่างแล้วเราจะทำอะไรได้ “เอาล่ะสิทำไงดี” คุยกับผู้นำและญาติข้างๆบ้านพูดกันขำๆว่า

“เราจะจับเขาย้ายหมู่บ้านก็ไม่ได้เราจะย้ายหนีไปอยู่หมู่บ้านอื่นก็ไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราจะต้องพยายามอยู่ด้วยกันให้ได้”

เราจะไม่ได้ข้อมูลที่เท็จจริงจากคุณแม่คนนี้อย่างแน่นอน บอกเพื่อนบ้านและญาติช่วยกันแจ้งเบาะแสให้กับเราทราบและแล้ววันนั้นก็มาถึง แม่วิ่งไปบอกข้างบ้านและหลานสาวว่า ลูกชายพูดว่า “ยุ่งมากระวังนะจะเป็นคนต่อไป” แม่ตกใจบอกหลานสาวและเพื่อนบ้าน แล้วเพื่อนบ้านก็มาแจ้งกับพี่ลูกจ้างที่รพ.สต. แล้วก็มาถึงหมอ
ปัญหาคือ เราจะใช้วิกฤตนี้ให้เป็นโอกาสได้อย่างไร กุญแจสำคัญคือการเปลี่ยนความคิดของ “มนุษย์แม่”คนนี้

ต้องขอขอบคุณทีมเก้าเลี้ยวโมเดล ผอ.รพ.สต. ผู้นำชุมชนอย่างมากทางทีมพยายามไปเยี่ยมเน้นให้แม่เข้าใจและเปลี่ยนความคิดว่าเราจะต้องร่วมมือกันในการรักษา เราไม่ได้เอาลูกไปเข้าคุกตามความคิดของแม่และประชาคมหมู่บ้านกันหลายรอบจนสร้างความเชื่อใจให้กับแม่ว่าเราจริงใจที่จะช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง

ผู้เขียน นางพรพิมล สำแดงเดช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านดงเมืองใต้
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดงเมืองใต้ ตำบลเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง



โจทย์ยาก กับตำแหน่งราชสีห์ใหม่

เดินหน้า หาสูตรสำเร็จ

ผมเข้ามารับตำแหน่งใหม่ในหมู่บ้านกับคำว่าผู้ใหญ่บ้านคนใหม่ของหมู่ 7 ตำบลเขาดิน มาพร้อมกับทีมหนุ่มไฟแรงที่เข้มแข็งหลายๆคน ที่มีความคิดจะเปลี่ยนแปลงหมู่บ้านให้ดีขึ้นตามที่คนในชุมชนคาดหวัง

โจทย์แรกสำหรับตำแหน่งใหม่ไม่ถึงปี เป็นโจทย์ที่ยากคือในหมู่บ้านผมมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลายราย มีคนในหมู่บ้านที่ติดยาเสพติดแล้วเริ่มมีอาการและพฤติกรรมรุนแรง คือผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าพ่อเสียชีวิตจะพ้นโทษแล้วผมปรึกษากับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการเตรียมชุมชนความพร้อมและครอบครัวก่อนผู้ป่วยจะกลับมา ผมคิดว่าโจทย์นี้มันยากมากนะครับ เพราะบ้านผู้ป่วยอยู่ติดบ้านแม่ยายผมเอง ผมพึ่งเข้ามารับตำแหน่งใหม่ๆ แต่ผมก็ยังมีความรู้สึกกลัวๆ เกี่ยวกับคนไข้จิตเวช เพราะเหตุการณ์ที่เกิดการฆ่าพ่อเสียชีวิตยังคงอยู่ในหัวผมอยู่เลย และเขาก็ต้องโทษจำคุกเพียงแค่ 2 ปีเท่านั้นในความคิดก็คือคนไข้จิตเวชฆ่าคนตายรับโทษไม่นานมันยังอยู่ในใจอยู่ในความคิดผมอยู่เลย

ผมและทีมงานได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านดงเมืองใต้ วางแผนให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย โชคดีมากตอนที่เราก้าวเข้ามาทำงานมีการจัดตั้งทีม “ เก้าเลี้ยวโมเดล” ซึ่งมีหลายภาคส่วนที่เข้ามาร่วมทำงาน ทำให้การทำงานง่ายขึ้น ครอบครัวนี้ที่เป็นครอบครัวที่ผมรู้อยู่เต็มอกว่าน่าจะแก้ไขยากน่าดู แต่หลายๆครั้งที่เราประชุมกันทำกลุ่มกัน หมอจะพูดอยู่เสมอว่า **“เราไม่สามารถยกบ้านเขาไปอยู่หมู่บ้านอื่นได้และเราก็ไม่สามารถย้ายบ้านหนีไปอยู่หมู่บ้านอื่นได้เช่นกัน เราต้องอยู่ร่วมกันให้ได้ เราต้องกลับมาช่วยกันคิดช่วยกันแก้ เราก็คิดว่าคนในหมู่บ้านเราเป็นญาติกันทั้งหมด เป็นครอบครัวเดียวกัน”** และทีมงานของผมก็จะเดินเคียงข้างกันช่วยกันทำงานทุ่มเทให้กับคนในชุมชนให้สมกับที่เขาไว้วางใจผม เลือกทีมทำงานของผมขึ้นมา

“ทำดีเต็มที่ เต็มใจ ก็จะได้อะไรดีๆกลับมาเช่นกัน” เราเชื่อแบบนั้นต้องขอขอบคุณทีมงานงานเก้าเลี้ยวโมเดล ขอขอบคุณทุกภาคส่วน อำเภอเก้าเลี้ยว ส.ภ.เก้าเลี้ยว . อบต.เขาดิน

.

.....(ต่อ)

ทีมเรา เล่าเรื่อง

โจทย์ยาก กับตำแหน่งราชสีห์ใหม่

เดินหน้า หาสูตรสำเร็จ

รพ.สต.บ้านดงเมืองใต้ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว สสอ.เก้าเลี้ยว ที่ช่วยหมู่บ้านของผมให้ผ่านพ้นวิกฤตไปได้ด้วยดี ในหมู่บ้านของผมมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มีผู้ป่วยที่ใช้ยาใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรุนแรง 3 ราย ทำร้ายคนในครอบครัวฆ่าพ่อและมีการมีอาการประสาทหลอน เรานำส่งโดยประสานทีมเก้าเลี้ยวโมเดล เราส่งผู้ป่วยผ่าน เก้าเลี้ยวโมเดล 5 ราย แต่กลับมาประสบผลสำเร็จที่สร้างกำลังใจให้ผม คือ 2 รายและอีก 1 รายผมไม่ได้ส่งเข้าระบบ แต่ผมนำมาฟื้นฟูร่วมกัน ผลสำเร็จที่ได้แม้ว่ามันจะไม่ถึงครึ่ง ณ เวลานี้ มันไม่ได้ทำให้ผมท้อแต่ ผมกลับใช้มันเป็นกำลังใจที่จะทำงานต่อไป “โจทย์ยาก” การแก้ไขน่าจะครั้งเดียวไม่สำเร็จเราต้องตั้งใจแก้ไขโจทย์ต่อไป ทำต่อเนื่องค้นหา “สูตรสำเร็จ” ในการแก้ไขปัญหานั้นให้ได้ผมเริ่มทำตามแนวทาง ที่เราประชุมปรึกษาหารือ กับพยาบาลที่รพ.สต. เราดูแลเรื่องการกินยาให้ได้ แต่สิ่งที่จะทำให้การรักษาดีขึ้นมีการเปลี่ยนแปลง คือ ครอบครัว ชุมชน ความเข้าใจในคนไข้เป็นสิ่งสำคัญที่สุด และ **สิ่งที่ผมทำได้คือ ด้านชุมชนผมเริ่มนำคนไข้มาฟื้นฟูเรื่องอาชีพ ผมมีงานให้ทำและผมก็ยังสามารถดูแลได้เขาอยู่ในสายตาผมได้ ใช้ความเป็นผู้นำชุมชน คิดว่าเราเป็นคนของชุมชนคนในชุมชน เปรียบเสมือนครอบครัวเดียวกันมีความคิดว่าเขาเป็นญาติคนหนึ่ง และสิ่งที่ช่วยผมอย่างมากในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้คือทีมในชุมชนที่เข้มแข็ง**

ผมพอใจสิ่งที่ผมได้ทำก็คือ การเปิดใจเปรียบเสมือนการเปิดประตูของพ่อแม่ที่ให้เราเข้าไปร่วมแก้ไขปัญหาไม่ปิดบังใน รายที่คนไข้ที่มีปัญหาอาการรุนแรงจากการใช้สารเสพติด ผมคิดว่ามันเป็นช่องทางที่ทำให้เราเดินไปข้างหน้า แก้ปัญหาให้ประสบผลสำเร็จได้ผมสัญญาว่า “ผมและทีมงานจะเดินหน้าต่อไปเพื่อค้นหา สูตรสำเร็จที่จะมาแก้ไขโจทย์ที่ยากนี้ให้ได้ครับ”

ผู้เขียน นายประจิน เอี่ยมฉ่ำ ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลเขาดิน
อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง



ช่วยฉันด้วย.....

บ้านไม้เก่าๆ หลังคาผุพัง ท้ายหมู่บ้านตำบลมหาโพธิ ของหญิงชราคนหนึ่ง เสื้อคอกระเช้าสีมอซอ ผ้าถุงขาดวิ่นตัวเดิมที่ใส่ ใบหน้าอิดโรย นัยน์ตาเศร้าสร้อย เหม่อลอย แฝงด้วยความหวังของหญิงคนรักที่รอคอยการกลับบ้านของสามีนาน 20 ปี เป็นภาพอันน่าหดหู่ใจแก่ผู้คนที่ผ่านไปพบเห็น แต่สำหรับชาวบ้านละแวกนั้นป้าถนอม คงเป็นภาพที่ชินตา บางวันป้านั่งร้องไห้ บางวันป้าพร่ำเพ้อพูดคนเดียว ด่าทอทุกคนที่สัญจรผ่านไปมาหน้าบ้านของป้า ใช้ขวานฟันเสาเรือนบ้านป้าเองเอาไปทำฟืน อาการป้านับวันยิ่งหนักขึ้น วันหนึ่งป้าเอาน้ำร้อนสาดใส่ป้าลำภู คนข้างบ้านที่สงสารและคอยช่วยเหลือป้ามาตลอด ด้วยความคิดว่าป้าลำภูจะมาแย่งสามีของป้า ทุกคนรู้ว่ามันไม่ใช่เรื่องจริง จากเหตุการณ์ครั้งนั้นทำให้คนในหมู่บ้านไม่กล้าเข้าใกล้ป้าอีกเลย แม้แต่ลูกทั้ง 3 คนของป้าเอง ที่ทนพฤติกรรมป้าไม่ไหว ต่างพากันแยกย้ายจากป้าไป ชีวิตนี้ป้าจึงต้องอยู่ด้วยความโดดเดี่ยวเดียวดาย

เรื่องราวปมชีวิตย้อนหลังของป้าถนอม ได้รับคำบอกเล่าจากลูกๆของป้า “ ถ้าพ่อเมามาเมื่อไหร่ แม่ต้องถูกพ่อด่าทอ ถูกทำร้ายร่างกาย ตบ ต่อย เตะ ทุกครั้ง ” จนมาระยะหลังๆ อาการของแม่เริ่มหูแว่ว พูดคนเดียว ด่าคนรอบข้าง จนทุกคนลงความเห็นว่า “ แม่บ้า ” พ่อจึงไปมีภรรยาใหม่ ช่วงแรกลูกๆพาแม่ไปรักษา“โรคบ้า ” ไปได้ครั้ง สองครั้ง ก็ขาดแคลนเงินทองที่จะพาแม่ไปรักษา เลยต้องปล่อยตามยถากรรม ยิ่งช่วงหลังคิดว่าแม่บ้ามากขึ้น ลูกแต่ละคนเริ่มแยกย้ายจากแม่ หนีไปอยู่บ้านยายบ้าง ไปเช่าบ้านอยู่บ้าง ไปทำงานกรุงเทพบ้าง ทิ้งแม่อยู่บ้านคนเดียว แม่ซึ่งไม่มีรายได้ และขาดคนดูแลต้องเผชิญกับ “ โรคบ้า ” เพียงลำพัง อาศัยอาหารเล็กๆน้อยๆจากลูกสาว และญาติข้างบ้าน ทำให้พอประทังชีวิตอยู่ได้ แต่ความเป็นอยู่ของแม่ไม่เคยดีเลย บ้านแม่ถูกตัดไฟ ตัดน้ำ ด้วยเหตุผลว่าแม่ไม่มีเงินจ่าย และลูกๆกลัวแม่จะไปฟันสายไฟ ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ไฟไหม้บ้านได้ แม่ต้องอาศัยไฟจากเสาไฟสาธารณะข้างทาง จะใช้น้ำก็ต้องเดินไปขอญาติข้างบ้าน ห้องน้ำก็หลังคาไม่มี ถ้าฝนตกก็ต้องเอากะละมังคลุมศีรษะเข้าห้องน้ำ แม่ใช้ชีวิตอยู่ของแม่แบบนี้ร่วม 10 ปี แม่ไม่เคยบ่นว่าลำบาก ไม่เคยบ่นว่าร้อน ไม่เคยบ่นว่าหิว แค่มีให้กินแม่ก็กิน แม่ไม่เรียกร้องอะไรมากมาย คำพูดเหล่านี้แทงทะลุเข้าออกหัวใจผม ครั้งแล้วครั้งเล่า คุณล่ะ! คุณคิดเหมือนผมไหม?

ใกล้ๆกับบ้านป้าถนอมห่างไปประมาณ 1 ซอย “ โสภณ ” เด็กหนุ่มวัยประมาณ 30 ต้นๆ ผมหยิก ส่วนสูงประมาณ 170 ซม. ค่อนข้างผอม เนื้อตัวมอมแมม มีกลิ่นเหม็นเวลาเข้าใกล้ เสื้อผ้าขาดกะรุ่งกะริ่ง คะเนด้วยสายตาน่าจะอยู่บนร่างกายของเจ้าของนานพอดู ทั้งคราบไคล คราบอาหาร เกาะแข็งเป็นรอยชัดเจน คนที่พบเห็นลงความเห็นเหมือนกันว่า “ ไอ้โสบ้า ” สาเหตุเพราะไอ้โส ชอบไล่ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ชอบหาเก็บอาหารตามกองขยะกิน ไม่นอนบ้าน แต่ชอบไปอาศัยนอนตามเพิง ตามโต๊ะบ้านคนอื่น

.....(ต่อ)

ทีมเรา เล่าเรื่อง

ช่วยฉันด้วย.....

โสภณในวัยเด็กไม่มีวี่แววว่าจะกลายเป็น “ คนบ้า ” อย่างที่เขาเรียกกัน โสภณเรียนหนังสือเก่ง มีครอบครัวที่อบอุ่น จนมาถึงจุดพลิกผันของชีวิตเด็กหนุ่มคนหนึ่ง เมื่อพ่อแม่ต้องมาเสียชีวิตลงกระทันหัน พี่ๆพากันแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ ชีวิตของโสภณต้องดิ้นรนตัวคนเดียว ความเหงาบวกความคึกคะนอง โสภณเลือกยาเสพติดเป็นเพื่อน ทั้งยาบ้า กาว 3 เค แล้วแต่ว่าจะขอเงิน ขโมย หรือข่มขู่จากใครได้

ชีวิตของคนที่อยู่ใกล้กับโสภณอยู่ด้วยความหวาดระแวง ระแวงว่า **“ไอ้โส”** มันจะเข้ามาทำร้ายหรือเปล่า ระแวงว่า “ไอ้โส” จะเข้ามาขโมยของหรือเปล่า ทั้งเนื้อตัวมอมแมม มีกลิ่นเหม็น น่ารังเกียจ หากพ่อแม่ของโสภณได้รับรู้ว่า ลูกที่เกิดจากความรักต้องกลายเป็นบ้าเพราะยาเสพติด คงต้องน้ำตาตกแน่ๆ แล้วใครล่ะจะทำให้ลูกหายจาก

“ โรคบ้า ” ที่เป็นอยู่ เมื่อไรลูกจะได้กลับมานอนในบ้าน บ้านที่อบอวลด้วยความรักความอบอุ่นที่พ่อและแม่สร้างไว้เพื่อลูก เมื่อไรลูกจะได้ใส่เสื้อผ้าดีๆ เนื้อตัวสะอาด กินอิ่มนอนหลับสบาย ทำงานเลี้ยงตัวเองได้ พ่อและแม่คงหมดห่วง หมดกังวลในตัวลูก ในตัวเด็กหนุ่ม “โสภณผู้รอคอยอนาคตอันสดใส”

มหาโพธิ เป็นตำบลเล็กๆ ถ้ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นในหมู่บ้าน มักจะถูกนำมาวิพากษ์วิจารณ์ตามร้านก๋วยเตี๋ยวในหมู่บ้าน หรือในกลุ่มร้อยมะลิ ร้านส่งดอกมะลิสด วันนี้ก็เช่นกัน คนในหมู่บ้านเล่าปากต่อปากว่า“ แกอย่าไปที่หลังวัดนะ ..ไอ้จารณ์ มันถือแชลงเดินตาขวางอยู่ อย่าไปใกล้มัน เดี๋ยวโดนมันทำร้ายเอา ”

“ ไอ้จารณ์ ” ชายหนุ่มวัยใกล้ๆ 30 รูปร่างสันทัด ผิวขาวอมเหลือง สูงประมาณ 165 ซม. น้ำหนัก 65 กก. ชอบใส่ชุดทหาร ผมเผ้ารุงรัง มีกลิ่นตัวด้วยไม่ค่อยได้อาบน้ำ จากคำพูดของ “ แม่จำ ” แม่ของวิจารณ์ เล่าว่า “ ในอดีต วิจารณ์เคยบวชเป็นพระ ด้วยเป็นคนหัวดีจึงสอบได้นักธรรมโท แต่แอบสึกโดยไม่ได้บอกพระอุปัชฌาห์ ไปแอบสึกกับต้นโพธิ์ มีอันต้องกลายเป็นคนบ้าไป ” แต่น้องสาวสองคน ลงความเห็นว่า “ไอ้จารณ์” เป็นบ้าเพราะเคยโดนรถชน และเสพยาบ้าอย่างหนักในช่วงที่ยาบ้าระบาดไปทั่วหมู่บ้าน

คำว่าบ้าของ “ไอ้จารณ์ ” ชาวบ้านเรียกกันปากต่อปาก เพราะวิจารณ์ชอบถือของมีคม เช่น มีด ขวานแชลง เดินไปตามถนนในหมู่บ้าน ไม่ชอบนอนที่บ้าน ทำร้ายคนในครอบครัวทั้ง แม่ น้องสาว และร่องรอยที่ยังเห็นชัดเจนคือฟันหน้าของหลานชายวิจารณ์ หลอถึง 5 ซี่ จากการที่ถูกลุงวิจารณ์เตะไปกระแทกเสาบ้าน

ก่อนพ่อตาย พ่อสั่งเสียวิจารณ์ว่าดูแลแม่ให้ดี และถ้าวิจารณ์เลือกได้ เขาคงไม่อยากมีชีวิตอยู่ท่ามกลางสายตาที่มองเขาเหมือนตัวประหลาด มองด้วยสายตาหวาดกลัว ประหนึ่งหมาข้างถนนตัวหนึ่งก็ไม่ปาน ความหวังของแม่ช่างริบหรี่เหลือเกิน น้องสาวทั้งสองก็แยกไปมีครอบครัว พี่ชายมีสภาพที่สังคมประณามว่า..บ้า ช่างเป็นภาระที่หนักอึ้งของแม่เหลือเกิน แม่ในวัยไม้ใกล้ฝั่ง หูตาฝ้าฟาง รายได้จากรับจ้างเก็บมะลิวันละ 10-20 บาท แม่อยากพาลูกแม่ไปรักษาเหลือเกิน แต่แม่จนใจ ไหนจะค่ารถ ค่ากิน แล้วถ้าหมอให้นอนโรงพยาบาลใครจะเฝ้าลูกแม่ แล้ว “ ไอ้จารณ์ ” ไม่ยอมให้ใครเข้าใกล้ ใครจะจับมันพาไปหาหมอได้ ช่างเป็นปัญหาที่หนักอกแม่เหลือเกิน ลูกแม่

.....(ต่อ)

ทีมเรา เล่าเรื่อง

ช่วยฉันด้วย.....

“ หมอ แม่หนูโดนยายถนอมเอาน้ำร้อนสาด หมอทำแผลให้แม่หนูหน่อย ”
“ หมอ ไอ้โสมันมีทีท่าแปลกๆนะ มันเดินตาขวางๆน่ากลัวจัง ”
“ หมอ แม่หนูโดนพี่จารณ์ต่อยมา โดนเตะที่ชายโครงด้วย ไม่รู้กระดูกหักหรือเปล่า ”
“ โอ้ยหมอเดี๋ยวนี้ ฉันไม่กล้าไปเก็บมะลิแล้ว ไอ้จารณ์เดินลากแชลงอยู่แถวไร่มะลิชั้น ”
“ ผู้ใหญ่ต้องช่วยหนูนะ ยายถนอมจะเผาบ้าน ต้องจับส่งโรงพยาบาลแล้วนะผู้ใหญ่ ”

ถ้าเป็นคุณ คุณจะตอบโจทย์เหล่านี้อย่างไร ในฐานะที่คุณอยู่ท่ามกลางความหวังของชาวบ้านในพื้นที่ กับบทบาทหมออนามัย เจ้าหน้าที่ของรัฐ ความคิดเหล่านี้สั่งสมในใจผมมานาน หลายความคิดผุดขึ้นในใจ

หลังจากที่เราพาป้าถนอมไปรักษากับจิตแพทย์ตามแผนการรักษา ป้าถนอมอาการดีขึ้น เพื่อนบ้านเริ่มให้ความเห็นอก เห็นใจ จากที่พูดคุยไม่รู้เรื่อง ก็มาพูดคุยด้วย เสียงด่าเริ่มลดลง ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ลงมาช่วยกันดูแล มาเดินไฟเข้าบ้านให้ เดินประปา หาหม้อข้าว พัดลม ข้าวสาร เครื่องใช้ เครื่องครัว ที่ไม่ได้ใช้จากบ้านตัวเอง มาให้ป้าถนอมแต่ต้องขอบอกว่าทีมงานเราเหนื่อยกับป้าถนอมมาก กว่าจะจับป้าไปโรงพยาบาลได้ แต่ละครั้ง ต้องพึ่งพาคนหลายคนมาก ยาที่ให้กินก็ไม่ยอมกิน กินยาแล้วป้าก็แพ้มาก จนญาติกับคนดูแลแทบจะถอดใจกันแล้ว แต่ด้วยความเห็นอกเห็นใจที่อยากให้ป้าหาย ทำให้พวกเราดึงป้าถนอมบ้า กลายเป็นป้าถนอมที่เงียบๆ ไม่มีพิษภัยในสังคมตำบลมหาโพธิต่อไป

“ ไอ้จารณ์ ” พวกเราก็เหนื่อยกันพอสมควร ทั้งไม่ยอมกินยา ติดเหล้า พวกเราต้องเข้าไปคุยกับเพื่อนวิจารณ์ ทั้งขอร้อง ขอความร่วมมือว่าถ้ารักเพื่อนจริง อย่าชวนวิจารณ์กินเหล้า เพราะโรคบ้าของวิจารณ์จะไม่ดีขึ้น ซึ่งได้ผล ถึงแม้วิจารณ์จะไม่ดีถึงหายเป็นปกติ ยังนอนง่วงซึม ไม่ทำงาน แต่อย่างน้อยแม่ก็ได้ลูกกลับคืนมา บางวันวิจารณ์ไม่กินข้าวเพราะเป็นห่วงแม่ กลัวแม่ไม่มีเงินซื้ออาหาร เพราะแม่แก่แล้วทำอะไรไม่ค่อยไหว ซึ่งถ้ามองภาพในอดีตที่แม่วิจารณ์โดยต่อย โดนเตะมา ทำให้พวกเราแอบยิ้มในใจกันเลยทีเดียว

“ โสภณ ” หลังจากได้รับการรักษาและกินยาต่อเนื่อง โสภณกลายเป็นอีกคนเลยทีเดียว ตอนนี้โสภณมีรายได้เลี้ยงตัวเองจากการเก็บมะลิ พอมีเงินซื้อของที่ตัวเองอยากได้ อยากกิน ถึงแม้จะไม่มากแต่ก็มี ถ้าโสภณมีสติสัมปชัญญะดีๆ อาจจะอยากถามว่าทำไมปล่อยผมบ้าตั้งนาน

และอีกหลายๆคนที่กลับไปสู่อ้อมอกของครอบครัว ในสังคม อย่างมีความสุข แม้เป็นความสุขตามอัตภาพ แม้ไม่ดีเลิศอะไรมากมาย แต่ทุกคนก็ไม่ต้องอยู่ร่วมกันด้วยความหวาดระแวง ผมว่าความสุขใจอยู่ในหัวใจที่เป็นสุข จริงมั๊ยครับ

นี่แหละครับงานที่ผมคิดว่าผมทำแล้วมีความสุขเพราะทำด้วย หัวใจของความเป็นมนุษย์

ผู้เขียน นายสกุลชาติ กสิพงษ์ ตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านท่ากระดังงา
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่ากระดังงา อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง

กระบวนการทำงานของอนามัยเรา.....

กระบวนการทำงาน

1. สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนทุกหมู่บ้าน แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยดังนี้
   กลุ่มที่ 1ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
   กลุ่มที่ 2ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลแต่ไม่ได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง
   กลุ่มที่ 3ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลและขาดการรักษา
2. สำรวจข้อมูล ผลกระทบ,ปัญหา ของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อครอบครัว และชุมชน
3. ประชุมเสวนากลุ่มเครือข่าย/ภาคส่วน เครือข่ายประชาชนชนสร้างสุขภาพ แกนนำ อสม.ปราชญ์ชาวบ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านนายก อบต., สมาชิก อบต. , ครูในพื้นที่, พระภิกษุเพื่อให้ความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการระดมความคิดเพื่อวางแผนการช่วยเหลือ ตลอดจนกำหนดบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือในระดับชุมชน
4. จัดประชาคมหมู่บ้าน เพื่อหาแนวทางแก้ไขผลกระทบ,ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อครอบครัวและชุมชน โดยใช้ขบวนการ A-I-C ในการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข
5. อบรมแกนนำ ครอบครัว เพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในระดับหมู่บ้าน โดยการอบรม ดังนี้
   ก.ความเข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภท
   ข.การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแผนการรักษาของแพทย์
   ค.การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
   ง. การลดภาระและปัญหาความเครียดของครอบครัวและชุมชนที่ต้องดูแลผู้ป่วย
   จ.การกำหนดความรับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ ของผู้ดูแล
   ฉ. จัดทำแผนการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน
   ช.จัดทำแนวทางระบบการการคัดกรอง การส่งต่อและการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
6. เครือข่ายออกดำเนินงานเฝ้าระวังตามระบบการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงติดตามการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ติดตามเยี่ยมที่บ้านเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง และ ค้นหาปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย
7. จัดประชุมกลุ่มแกนนำเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือตามระบบ และประเมินผลการดำเนินงาน
8. จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้กิจกรรมบำบัดตามแผนการรักษากลุ่มบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์
9. ประสานงานพัฒนาชุมชน สนับสนุนการเรียนรู้เรื่องอาชีพเสริมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หรือครอบครัว
10. หาแหล่งทุนสนับสนุนเพื่อจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ในการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนความเป็นอยู่ของครอบครัว

.....(ต่อ)

ทีมเรา เล่าเรื่อง

กระบวนการทำงานของอนามัยเรา.....

ความสำเร็จที่ได้

1.เกิด**แกนนำเครือข่าย**ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชนทุกหมู่บ้าน

2.ครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชมี**คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น** และมีความพึงพอใจต่อนวตกรรม “ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบบูรณาการ ” ร้อยละ 97

3.หลังการดำเนินโครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบบูรณาการ ผลสำเร็จดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และได้รับยาต่อเนื่อง จำนวน 13 คน ได้รับยาต่อเนื่องทุกคน อาการสงบ ครอบครัวมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล แต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 9 คน ได้รับยาต่อเนื่อง 8 คน ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง 1 คน กลุ่มที่ได้รับยา 8 คน มีอาการสงบ **อยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้**

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล และขาดการรักษา จำนวน 6 คน ได้รับยาต่อเนื่อง 4 คน ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง 1 คน เสียชีวิต(ชราภาพ) 1 คน กลุ่มที่ได้รับยาต่อเนื่อง 4 คน มีอาการสงบ **ครอบครัวมีความสุขมากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น**

ผู้เขียน นายสกุลชาติ กสิพงษ์ ตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านท่ากระดังงา
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่ากระดังงา อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ทีมเรา เล่าเรื่อง

องค์การบริหารส่วนตำบลหัวดง



จากการที่อยู่ในชุมชนมาเป็นเวลานาน เราจะได้เห็นผู้ป่วยจิตเวชมีอาการผิดปกติจากทางสมองหรืองผู้ป่วยจิตเวช ที่เกิดจากการใช้สารยาเสพติด ทำให้มีพฤติกรรมแสดงอาการความก้าวร้าวหรือทำร้ายคนในครอบครัวและรอบตัว เมื่อเกิดอาการเหล่านี้ เราก็จะเห็นผู้นำแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจมาควบคุมตัวไปสงบสติอารมณ์ วันหรือสองวัน แล้วก็จะนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน และอยู่มาสักระยะเหตุการณ์ดังที่กล่าว ก็จะกับมาวนเวียนอยู่แบบนี้ และยังไม่มีหน่วยงานไหนเข้ามาแก้ปัญหาได้อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

เมื่อดิฉันเข้ามาเป็นคณะผู้บริหารและได้รับมอบหมายจากท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวดง ให้ช่วยดูแลในเรื่องทรัพยากรมนุษย์ภายในตำบลหัวดง และได้เห็นฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุขอำเภอเก้าเลี้ยว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดง ได้เข้ามาดำเนินการหลังจากมีการสังหารหมู่ที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.อุทัยสวรรค์ อ.นากลาง จ.หนองบัวลำภู ซึ่งผู้ก่อเหตุมีพฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และทางกระทรวงมหาดไทย ให้ความสำคัญ และกำชับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ของแต่ละตำบล โดยอำเภอเก้าเลี้ยว โดยท่านนายอำเภอเก้าเลี้ยว ได้มีนโยบายแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง องค์การบริหารส่วนตำบลหัวดง ในฐานะเป็นท้องถิ่นที่ต้องดูแลปัญหานี้ และได้เห็นการดำเนินงานของอำเภอเก้าเลี้ยว โดยมีการบูรณาการกัน ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองอย่างจริงจัง และเกิดการปลี่ยนแปลงขึ้น จึงเห็นความสำคัญ และช่วยแก้ปัญหาในชุมชนในเรื่องผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ภายใต้อำนาจกฎหมายที่มอบให้กับท้องถิ่นเข้ามาให้ความช่วยเหลือตามกำลัง และขีดความสามารถของอบต. แต่ปัญหาเหล่านี้ ถ้าเราทำไปตามหน้าที่โดยไม่มีจิตใจที่จะเสียสละและเป็นกำลังใจให้กันและกัน ทุกหน่วยงาน ปัญหาจะไม่ได้รับการแก้ไขหรือแก้ไขก็ไม่ประสบผลสัมฤทธิ์ เป็นรูปธรรม อย่างแท้จริง ซึ่งเก้าเลี้ยวโมเดลจึงเป็นการประสานการดำเนินงานแต่ละหน้าที่ของตนอย่างเต็มความสามารถ และจะขาดไม่ได้คือจิตใจ ที่เสียสละอย่างแท้จริง การทำงานนี้ จึงมีความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือลูกหลานในชุมชน และครอบครัวพวกเขาได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ และอยากเห็นการดำเนินงานของทีมงานเก้าเลี้ยวโมเดลให้เป็นตัวอย่างหรือเสียสละหน้าที่เพื่อช่วยเหลือทรัพยากรมนุษย์ของชุมชนเราให้เข้าสู่สภาวะปกติอย่างยังยืนต่อไป

ผู้เขียน นางอริญชยา ฤทธิ์จรูญ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวดง
หน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลหัวดง อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

	คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
	แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่
	แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
	แนวทางการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลยาเสพติด
	มาตรฐานในการระงับเหตุ (SOP)
	แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน
	รวมกฎหมายอนุบัญญัติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

	แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)
	บทความ : การแก้ไขปัญหาบุคคลผู้มีความผิดปกติทางจิตโดยใช้โครงการ " เก้าเลี้ยวโมเดล "
	โปรแกรมบำบัดยาเสพติด " กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน " (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx)
	บันทึกรายงานผลการดำเนินงานภาคีเครือข่ายแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในพื้นที่และขับเคลื่อนศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช
	บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด
	การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้เสพที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) : ตำรวจภูธรจังหวัดนครสวรรค์
	กระบวนการ สี่-ห้า-หก สร้างความเข้มแข็งทีมชุมชน 5 กัลยาณมิตร

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

	คำสั่งจังหวัดนครสวรรค์ : แต่งตั้งคณะทำงานถอดบทเรียนและจัดทำคู่มือการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช (เก้าเลี้ยวโมเดล) และการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
	คำสั่งอำเภอเก้าเลี้ยว 123/2566 เรื่อง แต่งตั้งปลัดอำเภอประจำตำบล
	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้ม
	พระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550
	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546
	ทีม 5 กัลยาณมิตร อำเภอเก้าเลี้ยว
	คำสั่งอำเภอเก้าเลี้ยว เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างไรให้อยู่ในชุมชนได้ดี เข้าถึง 1 มิถุนายน 2556 https://www.dmh-elibrary.org/items/show/272.

คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ เมษายน 2559 ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์ เว็บไซต์ http://www.nhso.go.th

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. ระบบบัญชาการเหตุการณ์กับการจัดการในภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย กันยายน 2559 บริษัทบอร์น ทู บี พับลิซซิ่ง จำกัด

กรมสุขภาพจิต ,สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ(NIA) ,สำนักงานพัฒนาธุรกรรมของอิเล็กทรอนิกส์(ETDA) ,ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา Futuretales Lab by MQDC. อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ.2576 Future of Mental Health in Thailand 2033.

แนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 , สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มิถุนายน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ , พฤศจิกายน 2563 , สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ , พฤศจิกายน 2559 , สำนักบริหารระบบสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลยาเสพติด ปีงบประมาณ 2565 , กองบริหารการสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (ศอ.ปส.สธ.)

มาตรฐานในการระงับเหตุ (SOP) คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจสายงานป้องกันปราบปราม พ.ศ.2564 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

การแก้ไขปัญหาบุคคลผู้มีความผิดปกติทางจิตโดยใช้โครงการ ' เก้าเลี้ยวโมเดล ' พันตำรวจโทนิภัทร์ มีมุสิทธิ์ วิชาเอกสารศึกษา กองบัญชาการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ.

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต. 8 ก.พ. 2565. ประจำปีงบประมาณ 2560-2566 https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp

HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 26 September 2022. กรมสุขภาพจิต.ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก เร่งขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา ร่วมกับ สปสช., สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2022/09/26023

HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 27 December 2022. ภาวะสังคมไทยไตรมาส 3 ‘ผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด’ พุ่งสูง, สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2022/12/26697

Phufa Enterprise. 23 มกราคม 2566. ปัญหายาเสพติดในไทย และแนวทางการแก้ไข ปี 2566. https://www.phufaresthome.com/blog/drugs-problem-in-thailand-2566/

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2563. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [สพฉ.]88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษาสาธารณสุขซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000โทรศัพท์ 0-2872-1600 โทรสาร 028721604

ปะภาสี คัยนันท์ 2561. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 [ต.ค.61-ม.ค. 2562] https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/544806
จังหวัดนครสวรรค์. วิสัยทัศน์จังหวัด-กลุ่มจังหวัด http://www.nakhonsawan.go.th/

ชลลดา จารุศิริชัยกุล. 2561. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. หลักสูตรการเสริมสร้างลักษณะส่วนบุคคลสำหรับข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง รุ่นที่ 13 ประจำปีงบประมาณ 2561. กรมสุขภาพจิต

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ .2565. รวมกฎหมายอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม [ฉบับที่ 2] พ.ศ.2562 .กรมสุขภาพจิต

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต. 8 ก.พ. 2565. ประจำปีงบประมาณ 2560-2566 https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp

HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 26 September 2022. กรมสุขภาพจิต.ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก เร่งขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา ร่วมกับ สปสช., สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2022/09/26023

HFocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 27 December 2022. ภาวะสังคมไทยไตรมาส 3 ‘ผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด’ พุ่งสูง, สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2022/12/26697

Phufa Enterprise. 23 มกราคม 2566. ปัญหายาเสพติดในไทย และแนวทางการแก้ไข ปี 2566. https://www.phufaresthome.com/blog/drugs-problem-in-thailand-2566/

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2563. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [สพฉ.]88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษาสาธารณสุขซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000โทรศัพท์ 0-2872-1600 โทรสาร 028721604

ปะภาสี คัยนันท์ 2561. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง.วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 [ต.ค.61-ม.ค. 2562] https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/544806
จังหวัดนครสวรรค์. วิสัยทัศน์จังหวัด-กลุ่มจังหวัด http://www.nakhonsawan.go.th/

ชลลดา จารุศิริชัยกุล. 2561. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. หลักสูตรการเสริมสร้างลักษณะส่วนบุคคลสำหรับข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง รุ่นที่ 13 ประจำปีงบประมาณ 2561. กรมสุขภาพจิต

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ .2565. รวมกฎหมายอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม [ฉบับที่ 2] พ.ศ.2562 .กรมสุขภาพจิต

ติดต่อประสานงาน

ติดต่อประสานงาน

1.ปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.เก้าเลี้ยว
056-383562,383564 ต่อ 120
089-2689005
2.นางทัศนีย์ มูลมัย
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สสอ.เก้าเลี้ยว
056-299165 / 086-2072199

คำแนะนำติชม

คำแนะนำติชม :
ติดต่อได้ที่ JIWJIW4297@GMAIL.COM

จัดทำโดย : คณะทำงานสร้างหลักสูตร/คู่มือเก้าเลี้ยวโมเดล อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์
จัดทำรูปเล่ม : ปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร
ออกแบบ : ปรียาภัสสร์ เหล็กเพชร



ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครสวรรค์