



การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงด้วย BPRS: PHUA กับ G-HARD

อรรรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.*

สุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากการประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS

วัตถุประสงค์ เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในงานปกติ ขั้นตอนแรกเป็นการระดมสมองในองค์กรแพทย์ เพื่อคัดหัวข้อย่อยจาก BPRS คือ G-HARD คือ ความรู้สึกผิด (G) ประสาทหลอน (H) อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (A) การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ (R) อารมณ์ซึมเศร้า (D) และ PHUA คือ รู้สึกหวาดระแวง (P) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (H) ไม่รวมมือในการรักษา (U) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (A) และ กำหนดเกณฑ์การประเมินซ้ำโดยแพทย์ ขั้นตอนที่สอง รอบแรก ทดลองใช้ PHUA, G-HARD ในหอผู้ป่วยชายซึ่งมีอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรงสูงสุด รอบที่สอง ปรับเกณฑ์การประเมินซ้ำและการติดตามอาการ ทดลองในหอผู้ป่วยเดิม กำหนดตัวชี้วัดคือ การประเมินซ้ำโดยแพทย์ การเปลี่ยนแปลงการรักษา อุตบัติการณ์ พฤติกรรมรุนแรง วันนอนโรงพยาบาล

ผล พัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วย PHUA, G-HARD ได้เกณฑ์การติดตามและการติดตามอาการ โดยพยาบาลและเกณฑ์การรายงานแพทย์โดยรวมข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทชาย 118 ราย พบว่ามีคะแนน PHUA 20 คะแนนขึ้นไปติดต่อกัน 24 ชั่วโมง ได้รับการประเมินซ้ำโดยแพทย์จำนวน 46 ราย ซึ่ง 14 ราย ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า วันนอนเฉลี่ย 11 วัน มีรายงานพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น แต่มีความรุนแรงในระดับต่ำ

สรุป การดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงด้วย PHUA, G-HARD โดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีความปลอดภัย วันนอนโรงพยาบาลลดลง จึงได้ขยายผลทั้งองค์กร

คำสำคัญ : การดูแล พฤติกรรมรุนแรง BPRS



The care plan for violent patients from BPRS: PHUA, G-HARD

*Orawan Silpakit, M.D.**

*Sukon Chomchuen, MA.**

Abstract

Objective To develop a care plan for violent patients by the Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS (an applied version) performed by psychiatric nurses.

Materials and methods This study was a routine to research. The first step was the brain storming in the Medical Staff Organization in order to select items of the BPRS. G-HARD was selected from guilt (G), hallucination (H), agitation (A), retardation (R) and depression (D). PHUA was paranoid (P), hostility (H), uncooperativeness (U) and agitation (A) and also the criteria of re-assessment by attending physician. The second one was the trial out phase in the highest violent incidents ward and then readjusted the criteria of re assessment by nurses and medication as symptoms. Indicators were percentage of re assessment by physicians, treatment changes, the violent incidence and the average length of stay.

Results The criteria for medication as order and follow-up by nurses and attending physicians were consensus. From the second phase there were 118 cases and PHUA more than 20 for 24 hours were re assessed by physicians for 46 cases. Of these 14 were received ECT for treatment. The average length of stay was 11 days. The violent incidences were more reported but at a low level of severity.

Conclusion Care plan for violent patients by PHUA, G-HARD according to new guideline enhanced safety and proper care in the organization.

Key words : BPRS, violence

*Srithanya Hospital

บทนำ

โรงพยาบาลศรีธัญญามีการพัฒนาคุณภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยทีมสหวิชาชีพ ด้วยเครื่องมือคัดกรองตามระบบ “SAFE program” ซึ่งพัฒนาและประกาศใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547¹ ในการประเมินผู้ป่วยทุกรายเพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide=S) หรืออุบัติเหตุ (accident=A) หรือพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น เช่น การแสดงออกทางวาทะ ทำลายสิ่งของหรือทำร้ายผู้อื่น (fighting=F หรือ violence) และหลบหนี (elopement=E) ซึ่งมีการแบ่งระดับเป็นสามระดับรุนแรง (แดง) ปานกลาง (เหลือง) น้อย/ไม่มี (ไม่ติดสี) โดยมีแนวปฏิบัติที่สื่อสารตรงกันทุกหน่วยตั้งแต่ผู้ป่วยนอกเป็นต้นไปจนถึงพนักงานรักษาความปลอดภัย เครื่องมือ SAFE มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะค่อนข้างต่ำในการทำนายการเกิดภาวะพฤติกรรมรุนแรงภายใน 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินมีภาวะเสี่ยงสูงมักจะได้รับการจัดการตั้งแต่แรกรับ² อย่างไรก็ตาม SAFE ไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการรักษา การติดตามอาการสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตใน 24 ชั่วโมงแรกยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การติดตามเพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงมีการแยกแนวปฏิบัติการติดตามออกไปต่างหากและไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตที่พยาบาลประเมินผู้ป่วยแรกรับจากแบบประเมินอาการทางจิตจาก Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทยฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งได้มีการฝึกอบรมเพื่อให้

มีทักษะในการให้คะแนนตามระดับความรุนแรงโดยจิตแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547² มีการอบรมซ้ำสองครั้งเพื่อให้พยาบาลที่มาอบรมใหม่และพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วได้มีโอกาสทบทวนเพื่อให้มีความสอดคล้องระหว่างกันโดยจิตแพทย์ การประเมิน BPRS เป็นสมรรถนะทางเทคนิควิชาชีพที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลตามกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยทีมประสานคุณภาพซึ่งรับผิดชอบในการวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับองค์กรแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วยเขตถนนบุรีและ องค์กรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในระยะวิกฤต

วัตถุประสงค์

เป็นการประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งมีการหมุนวงจร Plan-Do-Study-Act (PDSA) 2 รอบ ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2551 - 30 เมษายน 2552 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นแรก เป็นการระดมสมองในองค์กรแพทย์เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชด้านพฤติกรรมรุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งวิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากหัวข้อย่อย BPRS ซึ่ง รักสุดา กิจอรุณชัย² ได้รายงานในการทำนายพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น เครื่องมือ BPRS เป็นฉบับประยุกต์ฉบับภาษาไทยใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา^{2,3} ประเมินโดยพยาบาลจิตเวชแรกรับและรายสัปดาห์จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ชนิดประเมินค่า

4 ระดับ (1, 2, 5 และ 7) ดังนี้ ไม่มีอาการ, มีอาการน้อย, มีอาการชัดเจน และมีอาการรุนแรง (เอกสารแนบ) จากมติที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ศิริธัญญาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 15 ปี จำนวน 7 คน และระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 6 คน ได้ข้อสรุปหัวข้อพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย G-HARD คือ ความรู้สึกผิด (guilt : G) ประสาทหลอน (hallucination : H) อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (agitation : A) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (retardation : R) อารมณ์ซึมเศร้า (depression : D) และ พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น PHUA (ผัวะ) ได้แก่ รู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid : P) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility : H) ไม่ร่วมมือในการรักษา (uncooperativeness : U) และอาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (agitation : A) กำหนดจุดตัดของคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป ติดต่อกัน 24 ชั่วโมงให้พยาบาลรายงานแพทย์เพื่อประเมินอาการซ้ำ

ขั้นที่สอง ทดลองใช้เครื่องมือ PHUA, G-HARD ในหอผู้ป่วยชายแรกรับ (อโศก2) ที่มีรายงานพฤติกรรมรุนแรงสูงสุดจากระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล⁴ และติดตามประเมินผลการทดลองใช้เครื่องมือเพื่อหมุน PDSA 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1

ทดลองใช้ PHUA, G-HARD ในหอผู้ป่วยชายอโศก2 ตัวชี้วัดคือการประเมินซ้ำโดยแพทย์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์

2552 หลังการทดลองใช้ 4 สัปดาห์ ประเมินผลการทดลองจากการเยี่ยมหอผู้ป่วยและส้อมแฟ้มเวชระเบียนเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา

ครั้งที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2552

ปรับแนวปฏิบัติการนิตยาตามอาการเพื่อให้สอดคล้องกับคะแนนที่ประเมินจาก PHUA, G-HARD และกำหนดการประเมินซ้ำโดยพยาบาล กำหนดตัวชี้วัดคือ ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนน PHUA, G-HARD 20 คะแนนขึ้นไป ได้รับการประเมินซ้ำโดยแพทย์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 การเปลี่ยนแปลงการรักษา วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย และอุบัติการณ์พฤติกรรมรุนแรง

ผล

ครั้งที่ 1 พบว่าไม่ได้กำหนดการนิตยาตามอาการทางจิตที่สอดคล้องกับผลของคะแนน PHUA G-HARD และไม่มีข้อกำหนดในการประเมินซ้ำ ถ้าคะแนนแรกรับมากกว่า 20 คะแนน ผลการตรวจแฟ้มเวชระเบียนพบประเด็นการนิตยาตามอาการเป็นการตัดสินใจของพยาบาลซึ่งมีระดับประสบการณ์และความชำนาญที่แตกต่างกัน การประเมินโดยแพทย์ประจำทีม PCT พบว่า คะแนนจาก PHUA สามารถตัดสินใจให้ยาเพื่อระงับอาการ นอกเหนือไปจากการให้การพยาบาลหรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงกำหนดเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

PHUA, G-HARD ที่ระดับ 5 คะแนน 2 หัวข้อขึ้นไป ให้นิตยาตามที่แพทย์สั่ง เช่น

ทุก 6 หรือ ทุก 8 ชั่วโมง และกำหนดให้ประเมินอาการซ้ำอย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง ทุกแวนจนครบ 24 ชั่วโมงทุกรายที่มีคะแนนแรกรับตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป และ ถ้าคะแนนรวมของ PHUA, G-HARD ได้คะแนนติดต่อกัน 20 คะแนนขึ้นไป 24 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับการรักษา

ครั้งที่ 2 หลังจากปรับเกณฑ์การประเมินและการติดตามอาการที่ประเมินได้ ทดลองและติดตามผลในหอผู้ป่วยเดิม มีผู้ป่วยจิตเภทชายจำนวน 118 ราย มีคะแนน PHUA 20 คะแนนขึ้นไปติดต่อกัน 24 ชั่วโมง จำนวน 46 รายคิดเป็นร้อยละ 39 ทุกรายได้รับการปรับการรักษาโดยแพทย์ภายในเวลาทำการหรือภายในเวรที่พยาบาลรายงานในจำนวนนี้ 14 ราย ได้รับการรักษาด้วย ECT ผู้ป่วยรายอื่นได้รับการปรับยาด้วยยาชนิดออกฤทธิ์ในระยะกลาง หรือ ยากินในขนาดที่เหมาะสมต่อวัน วันนอนเฉลี่ยของหอผู้ป่วยในภาพรวมลดลงจาก 13 วัน ก่อนการศึกษา เป็น 11 วัน พฤติกรรมรุนแรงมีรายงานในระดับรุนแรงต่ำเพิ่มขึ้น คือ ตาขวาง ไม่ร่วมมือต่อการรักษา (ตารางที่ 1) ไม่มีผู้ป่วยที่มีคะแนน G-HARD 20 คะแนนขึ้นไป

วิจารณ์

โดยปกติการใช้ประโยชน์จากการประเมิน BPRS นั้นเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การย้ายหอผู้ป่วยระหว่างแวนรับไปเร่งรัด และจำหน่ายเท่านั้น ดังนั้นการประเมินเฉพาะหัวข้อ PHUA, G-HARD นั้นได้พัฒนาต่อจากงานวิจัยที่รักสุดา กิจอรุณชัย²

ได้รายงานไว้คือหัวข้อ hostile, uncooperativeness, suspiciousness ซึ่งองค์กรแพทย์ประกอบด้วยจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญได้มีมติเพิ่มหัวข้อ agitation และพิจารณาจุดตัดคะแนนโดยอิงจากคะแนนเฉลี่ยจาก 15.7² เป็น 20 คะแนน และสรุปจากการทบทวนแฟ้มแวนระเบียบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 10 แฟ้ม ในการทำ mini research ซึ่งจากการสืบค้นเอกสารภาษาไทย ไม่พบรายงานจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมของหัวข้อย่อยดังกล่าวจากเครื่องมือ BPRS ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้มีรายงานการพัฒนาเครื่องมือ violence risk assessment scheme (HCR-20)⁵ เพื่อทำนายโอกาสในการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช แต่ไม่มีระดับคะแนนที่เหมาะสมในการแบ่งระดับความเสี่ยงสูงหรือปานกลาง การใช้เครื่องมือใหม่จะต้องใช้เวลาในการพัฒนาทักษะในการประเมินของบุคลากร และศึกษาความสัมพันธ์ HCR-20 กับอาการทางจิตที่ประเมินด้วย BPRS ในระบบบริการปกติ

การกำหนดเกณฑ์การติดตามและการประเมินซ้ำ เป็นผลจากการติดตามโดยแพทย์ประจำทีม พบว่า ผู้ป่วยในระยะทดลองใน 2 สัปดาห์แรก มีคะแนนรวมของ PHUA ไม่ถึง 20 คะแนน แต่อาการทางจิตรุนแรงสมควรที่จะต้องติดตามคำสั่งแพทย์เพื่อให้อาการทางจิตสงบ นอกเหนือไปจากการจำกัดพฤติกรรมหรือการให้การพยาบาลโดยไม่ต้องให้ยา เมื่อทบทวนแวนระเบียบร่วมกันในองค์กรแพทย์จึงกำหนดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ตามข้อที่กำหนดในหัวข้อ PHUA, G-

HARD ให้ยานี้ดตามอาการ และทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยตามอาการที่เคยพัฒนาไว้โดยทีมนำทางคลินิกในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งยังไม่มีทบทวนแนวปฏิบัติดังกล่าว ดังนั้นการวินิจฉัยตามอาการจึงกำหนดแนวปฏิบัติขึ้นใหม่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในระยะวิกฤตที่มีพฤติกรรมรุนแรงรวมถึงการพยายามทำร้ายตนเอง^๖ คือพิจารณาจิตตามอาการที่ประเมินได้โดยอิงกับแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานคือมีคะแนนระดับรุนแรงปานกลางในหัวข้อย่อย 5 คะแนนขึ้นไปไม่น้อยกว่า 2 ใน 4 ข้อของ PHUA หรือ 2 ใน 5 ข้อของ G-HARD ให้จิตตามอาการได้ โดยไม่ขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับวรรณิ์ไชยชาญ พบว่าการตัดสินใจจิตตามอาการสัมพันธ์กับระดับคะแนนที่ประเมินได้จาก positive and negative syndrome ในหัวข้อ excited scale⁷

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีคะแนนมากกว่า 20 คะแนน ติดต่อกัน 24 ชั่วโมง มีสัดส่วนถึง 1/3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งตามระบบเดิมมีการประเมินด้วย SAFE ผู้ป่วยรับใหม่เกือบทุกรายจะติดสีแดงในรหัส F แต่ไม่สามารถจำแนกระดับความรุนแรงได้ชัดเจนเท่ากับการใช้ระดับคะแนนที่อิงตาม PHUA นอกจากนี้จะมีการติดตามอาการที่ชัดเจนขึ้นตามหัวข้อ PHUA, G-HARD ทำให้การสื่อสารตรงกันระหว่างพยาบาลประจำหอและระหว่างแพทย์กับพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลรวดเร็วเหมาะสมขึ้น โดยที่ทุกรายได้รับการปรับการรักษาทันทีภายในเวลาทำการหรือภายในเวรที่รายงานแพทย์ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วย

ระยะวิกฤตจิตเวชได้ครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น

สำหรับการพิจารณาปรับการรักษา 1/3 ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้มีการทบทวนเวชระเบียนพบว่า มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม มีการตัดสินใจโดยอิงข้อมูลจากการรักษาในครั้งก่อนการปรับขนาดยาและการจิตยาที่ออกฤทธิ์ในระยะกลาง ร่วมกับการประเมิน PHUA ต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้รักษา^๘ ผู้ป่วยอาการสงบเร็วขึ้น สามารถย้ายไปหอผู้ป่วยเร่งรัดได้ จึงทำให้วันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยระหว่างที่พัฒนารอบที่สองในเดือนมีนาคม-เมษายน 2552 ลดลง

พฤติกรรมรุนแรงรายงานเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากการระบุนการติดตามประเมินผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรงตามแนวปฏิบัติอย่างน้อย 24 ชั่วโมง อุบัติการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มลดลงยกเว้นเดือนมีนาคมที่มีผู้ป่วยแอดมิดกและย้ายหอผู้ป่วยยโส 2 ไปตึกใหม่ที่มีความคับแคบกว่าเดิม^๙ แนวโน้มของอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ 4 ขึ้นไปลดลง โดยสภาพหอผู้ป่วยคงเดิมดังตารางที่ 1

พยาบาลในทีมที่ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือ PHUA, G-HARD เป็นการให้ประโยชน์จากการประเมิน BPRS ในระบบปกติซึ่งไม่ยุ่งยาก^{๑๐} นำไปสู่การปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนของพยาบาลเพื่อให้มีการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสม ส่งต่อข้อมูลระหว่างเวรของพยาบาลได้ชัดเจน และสามารถกำกับติดตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการรายงานเบื้องต้น PHUA และ G-HARD มาจากการระดมสมอง ควรมีการ

ติดตามประเมินผลในด้านจุดตัดคะแนน หัวข้อ
ที่เหมาะสมต่อไป

วิกฤตจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงของโรงพยาบาล
ศรีษะเกษ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว เหมาะสม
วันนอนเฉลี่ยลดลง จึงได้ขยายผลทั้งองค์กร

สรุป

PHUA, G-HARD เป็นหัวข้อย่อยของ
BPRS เพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย-
แรกเริ่ม มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
ร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมนุ้ดูแลผู้ป่วยหอโศก 2 ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 1 รายงานพฤติกรรมรุนแรงจำแนกตามระดับความรุนแรงของความเสียหาย

ระดับ*	พ.ย.- ธ.ค. 51 ^ก	ม.ค. 52	ก.พ. 52	มี.ค. 52	เม.ย. 52	พ.ค. 52	มิ.ย. 52
1	2	3	8	-	1	1	1
2	12	19	12	20	17	18	22
3	8	11	3	3	5	10	5
4	1	-	-	1	-	2	-
5	-	2	-	2	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-
รวม	20	35	23	26	23	31	28

* 0-1 มีโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์, 2 เกิดเหตุการณ์แต่ไม่ถึงผู้ป่วย, 3 เกิดเหตุการณ์ มีผลต่อผู้ป่วยต้องรักษา
เพิ่มเติมแต่ไม่มีผลกระทบต่อวันนอน, 4 มีผลต่อผู้ป่วยต้องรักษาและมีผลกระทบต่อวันนอน, 5 เกิด
เหตุการณ์รุนแรงต่อผู้ป่วยต้องส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายเพื่อรักษา, 6 เกิดเหตุการณ์รุนแรงต่อผู้ป่วยทำให้
พิการ/ต้องช่วยชีวิต/หรือเสียชีวิต

ก = จำนวนเฉลี่ยของอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อเดือนระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2551

เอกสารแนบ
ตารางประเมินระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยใช้ G-HARD, PHUA
หออผู้ป่วย.....

ชื่อ-สกุล.....

วัน เดือน ปี																
เวลา																
G-HARD																
G: ความรู้สึกผิด	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
H: ประสาทหลอน	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
A: ตื่นเต้นกระวนกระวาย	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
R: การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
D: อารมณ์ซึมเศร้า	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
คะแนนรวม																
การรักษา																
PHUA																
P: ระแวงมีคนมุ่งร้าย	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
H: ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
U: ไม่ร่วมมือในการรักษา	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
A: ตื่นเต้นกระวนกระวาย	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7	1	2	5	7
คะแนนรวม																
การรักษา																
ผู้ประเมิน																

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนน
 1 = ไม่มีอาการ
 2 = มีอาการเล็กน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง
 5 = มีอาการชัดเจน
 7 = มีอาการรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. อรวรรณ ศิลปกิจ. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช: กรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13:49-56.
2. รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชระยะเฉียบพลัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549;14:14-23.
3. ทีมนำทางคลินิก. แบบวัดระดับอาการทางจิตผู้ป่วยโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547.
4. ทีมนำบริหารความเสี่ยง. รายงานความเสี่ยงเดือนตุลาคม 2551-ธันวาคม 2551. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552.
5. วัลลี ธรรมโกสิทธิ์. ความตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง : HCR-20. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550;15:101-9.
6. ทีมดูแลผู้ป่วยเขตนนทบุรี. เอกสารคุณภาพ: แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยพฤติกรรมรุนแรง. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552.
7. Chaichan W. Evaluation of the use of the Positive and Negative Syndrome Scales-excited component as a criterion for administration of p.r.n. medication. Journal of Psychaitric Practice 2008;14:105-13.
8. ทีมประสานคุณภาพ. รายงานผลการดำเนินงานคุณภาพต่อผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพซ้ำวันที่ 29 พฤษภาคม 2552. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2552.
9. หอผู้ป่วยอโศก2. แบบประเมินตนเองปีงบประมาณ 2553. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2553.