การจัดการความรู้เรื่อง คู่มือการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้

: *หนึ่งชีวิตมีค่ายิ่งต้องดูแล*

เจ้าของผลงาน นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู นางวนิดา บุตรรินทร์ นายสุรชัย เทียบกว้าง

นายสิงห์คำ วงษ์โพย นายศิรินนท์ พันโนฤทธิ์ นายมนูญ แสงจันทร์

และทีมการพยาบาล ตึกฝ้ายคำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปัญหา/ผลกระทบ/ความจำเป็นต้องแก้ไข / แรงจูงใจ

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตพัฒนาคุณภาพมาตรฐานและความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านบริการจิตเวช เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาและเกิดประโยชน์โดยตรงกับประชาชนและผู้ใช้บริการมากที่สุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีวิสัยทัศน์เป็นองค์กรที่มีมาตรฐานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ โดยมีเข็มมุ่ง/จุดเน้นในการพัฒนา และสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ของโรงพยาบาล คือ 1) พัฒนามาตรฐานระบบบริการให้มีความเป็นเลิศด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้มีความเชี่ยวชาญในงานและองค์ความรู้ด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG Suicide) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2549 และได้กำหนดตัวชี้วัด คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลเท่ากับ 0 ราย จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาลเท่ากับ 0 ราย จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเท่ากับ 0 ราย

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเน้นตามพฤติกรรม ซึ่งตึกฝ้ายคำให้การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นหลัก สถิติเดือนตุลาคม 2554 – เมษายน 2555 จำนวนผู้ป่วยทำร้ายตนเอง 3 ราย จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 0 ราย จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาลเท่ากับ 0 ราย จำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเท่ากับ 0 ราย ในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปฏิบัติตาม CPG ทีมสหวิชาชีพและทีมการพยาบาลในตึกผู้ป่วยมีความสำคัญในการร่วมกันดูแล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการพยาบาลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีส่วนสำคัญนอกเหนือจากพยาบาล คือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จากการประชุมปรึกษาปัญหาในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือคนไข้ ปัจจุบันพบว่า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ยังมีปัญหาในด้านองค์ความรู้ ทักษะในการดูแลช่วยเหลือ การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สนใจกิจวัตร และสิ่งแวดล้อม หรือสื่อด้วยคำพูดที่เป็นสัญญาณเตือน บุคลากรยังไม่ตระหนักในการดูแลผู้ป่วย ต้องการให้พยาบาลช่วยพูดคุยกับผู้ป่วย เนื่องจากความไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับในการปฏิบัติงานปัจจุบันผู้

ช่วยเหลือคนไข้ยังไม่มีคู่มือองค์ความรู้เป็นของตนเอง การเรียนรู้มาจากการอบรม การสอนงาน การร่วมประชุมปรึกษาการดูแลผู้ป่วยประจำวัน หากมีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับ CPG Suicide ของโรงพยาบาล ในส่วนของผู้ช่วยเหลือคนไข้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ ความตระหนัก ในการนำความรู้และทักษะในการดูแลในด้านต่างๆ รวมถึงการแนะนำ พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี หลักสำคัญในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการช่วยเหลือตามสภาพปัญหา หรือความต้องการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลา ปลอดภัย และพึงพอใจ ทีมการพยาบาล จำเป็นต้องมีทักษะ ในการประเมินและดูแลที่ดี ดังนั้นการจัดการความรู้ภายในองค์กรจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะได้มาซึ่งความรู้ที่ชัดแจ้ง และความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคล นำมาสกัดร้อยเป็นความรู้ใหม่ เพื่อให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น อีกทั้งการจัดการความรู้ยังเป็นมิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และตอบสนองนโยบายองค์กรและวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อีกด้วย

วิธีการจัดการความรู้ (KM 4 ขั้นตอน)

1. การบ่งชี้ความรู้ ประชุมปรึกษาในตึกผู้ป่วยเพื่อกำหนดขอบเขตการจัดการความรู้ กำหนดเป้าหมายและทำแผนดำเนินงาน

2. การสร้างและแสวงหาความรู้ และจัดการความรู้ให้เป็นหมวดหมู่ แล้วนำมาประมวลกลั่นกรอง

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคู่มือ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ : *หนึ่งชีวิตมีค่ายิ่งควรดูแล* (ฉบับร่าง) โดยการประชุมปรึกษาในตึกฝ่ายคำเพื่อศึกษาปัญหาในหน่วยงาน โดยค้นหาความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากร/ผู้ป่วย (Tacit Knowledge) เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการระดมสมองจากผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกตึกในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จากการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ วันที่ 19, 20, 21 มีนาคม 2555 โดยใช้เทคนิคการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ทำงาน ทบทวนการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ช่วยเหลือคนไข้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและแนวทางแก้ไข ค้นหาความรู้จากตำราเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ (Explicit Knowledge) มีการประมวลและกลั่นกรองความรู้ นำมาจัดหมวดหมู่ความรู้ให้เป็นระบบ

กิจกรรมที่ 2 การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ : *หนึ่งชีวิตมีค่ายิ่งควรดูแล* ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (หัวหน้าตึกศรีตรัง จิตแพทย์ APN) ตรวจสอบองค์ความรู้ให้ครอบคลุม

3. การเข้าถึงความรู้ นำคู่มือที่จัดทำขึ้นมาสื่อสารให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตึกศรีตรังและตึกฝ่ายคำทดลองใช้ ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ และชี้แจงในที่ประชุมเพื่อนำไปใช้ในหน่วยงาน

4. การเรียนรู้หรือขยายผล

- เผยแพร่ความรู้ในการประชุม เพื่อขยายการนำไปใช้ในตึกผู้ป่วยในทุกตึกและตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใน มหกรรม KM CQI ของ โรงพยาบาล

ประสิทธิภาพของผลลัพธ์

เกิดนวตกรรมคู่มือ การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ : *หนึ่งชีวิตมีค่ายิ่งต้องดูแล* ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้มาจากการทำ KM มีการนำคู่มือไปเผยแพร่แก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน สามารถนำมาต่อยอด พัฒนาคุณภาพงานบริการได้

การนำไปใช้ประโยชน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
2. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ และมีความพึงพอใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่
3. ได้องค์ความรู้สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งสามารถขยายผลและนำไปใช้ในโรงพยาบาลได้

ตัวแทนหน่วยงานประจำบอร์ด นายสิงห์คำ วงษ์โพย นายมนูญ แสงจันทร์ นายศิรินนท์ พันโนฤทธิ์

นางวนิดา บุตรรินทร์ นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

เนื้อหาการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้

: หนึ่งชีวิตมีค่ายิ่งต้องดูแล

ผู้ป่วยใน

1. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.1 กรณีรับใหม่

1) เมื่อได้รับแจ้งจาก OPD มีการเตรียมทีมและเตรียมสถานที่ให้พร้อม เตรียมห้องแยกที่มีความปลอดภัย ไม่มีผ้าปู หรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

2) ถามชื่อผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายชื่อ และที่ได้รับแจ้งทางโทรศัพท์ให้ตรงกัน

3) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง V/S เปลี่ยนเสื้อผ้า

4) ตรวจดูบาดแผลตามร่างกาย และสิ่งของเครื่องใช้ อาวุธที่เป็นอันตราย ห้ามการใช้ของใช้บางอย่าง เช่น เข็มขัด กางเกงมีสายรัด รองเท้าที่มีเชือกผูก ถ้ามีแจ้งให้พยาบาลทราบและให้ญาตินำกลับ

5) ประเมินอาการเบื้องต้น ถ้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้อยู่ห้องแยกที่เตรียมไว้ใกล้ห้องพยาบาล เพื่อการดูแลใกล้ชิดในสายตา

6) แนะนำสถานที่ แนะนำเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ติดป้ายชื่อพร้อมกับสติกเกอร์ SAVE สีเหลืองและบอกระดับ L, M, H (Low=ระดับต่ำ Moderate =ระดับปานกลาง Severe=ระดับสูง) ขณะแนะนำผู้ป่วยถ้าพบคำพูดที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพยายามทำร้ายตนเอง รายงานให้พยาบาลทราบเพื่อไปประเมินซ้ำ และพิจารณารายงานแพทย์เจ้าของไข้

7) กรณีผู้ป่วยให้ความร่วมมือ กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล และกิริยาท่าทางที่สุภาพ ท่าทางเป็นมิตร แนะนำการเข้ามาอยู่รักษาในโรงพยาบาล

8) กรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการอยู่รักษา หรือไม่รู้เรื่อง (severe) กล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล และกริยาท่าทางที่สุภาพ ท่าทางเป็นมิตร เมื่อผู้ป่วยไม่รู้เรื่องก็ขออนุญาตควบคุมผู้ป่วยไว้บนเตียงโดยขออนุญาตทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในห้องแยกต้องดูแลเรื่องอาหาร น้ำ การขับถ่าย

9) กรณีที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ถ้าผู้ดูแลจะไปให้การพยาบาลผู้ป่วยอื่นหรือทำภารกิจอื่นในงาน จะส่งต่อเพื่อนร่วมงานให้ดูแลแทนในขณะนั้น หรือให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกก่อน แจ้งให้พยาบาลทราบ เมื่อเสร็จธุระแล้วก็นำผู้ป่วยมาดูแลต่อ

10) ส่งเวรเพื่อเฝ้าระวังในเวรต่อไป

1.2 การดูแลตามแนวทาง CPG

มีการสื่อสารให้ทราบภายในทีม ซึ่งจะรับทราบได้จากการส่งเวร บนกระดานแผนการรักษา ที่หน้า chart ผู้ป่วยจะติดสติกเกอร์สีเหลือง “CPG Suicide” พร้อมระบุระดับความรุนแรงด้วยอักษร H, M, L และจากสมุดมอบหมายงาน

มีการประเมินระดับความรุนแรง และให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ดังนี้

1) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (ระดับ H)

- ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง (severe) ให้เฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด 1:1 ให้อยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง ในห้องแยกที่มีความปลอดภัย อยู่ใกล้ห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลาในระดับสายตา หรือกล้องวงจรปิด และให้อยู่ในระยะที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที

- งดกิจกรรมนอกตึก ถ้าจำเป็นต้องไป เช่น ไปตรวจพิเศษ ต้องดูแลไม่ให้ห่างจากเจ้าหน้าที่

- จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร น้ำดื่ม การขับถ่ายตามเวลา ถ้าผู้ป่วยจะเข้าห้องน้ำต้องพาไป ขณะดูแลมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก

- ❖ ช่วงกลางวัน ผู้ป่วยต้องอยู่ในพื้นที่จำกัด เพื่อให้สามารถสังเกตอาการได้ใกล้ชิด การออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง ในช่วงที่ผู้ป่วยใช้ห้องน้ำ ผู้ดูแลรออยู่นอกห้องโดยเปิดประตูแง้มไว้
- ❖ ช่วงกลางคืน ผู้ป่วยต้องนอนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการได้เท่านั้น
- ❖ ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารในพื้นที่ที่กำหนด งดการใช้อุปกรณ์ที่มีความแหลมคม และตรวจนับอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังทานอาหาร

- ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดเก็บอุปกรณ์ สิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเอง เช่น “ ช้อน คลิปหนีบกระดาษ ตรวจสอบผ้าผูกมัดผู้ป่วยว่าหลังแก้มัดให้ผู้ป่วยผ้าเหลือครบทั้ง 4 เส้นหรือไม่ แม้แต่แปรงสีฟันหลังผู้ป่วยทำกิจวัตรเสร็จแล้วต้องตรวจเช็คว่าครบหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยนำส่วนด้ามจับไปฝนกับพื้น ก็จะทำให้ส่วนปลายนั้นแหลม และใช้เป็นอาวุธได้อย่างดี ผ้าเช็ดตัวก็เช่นกัน ผู้ป่วยหญิงจะใช้กระโจมอก

แล้วใส่เสื้อผ้าทับไปเลยโดยไม่ดึงออก และเมื่อญาติมาเยี่ยมก็จะดูว่ามีสิ่งที่เป็นอันตรายหรือไม่ เช่น ไม้เสียบลูกชิ้น ถ้ามีก็จะแนะนำให้ดึงออกไปทิ้งขยะ อาจหักส่วนปลายแหลมออกก่อนทิ้ง ”

- สิ่งแวดล้อมที่เป็นบุคคลก็ไม่ไปพูดซ้ำเติมผู้ป่วย หรือตำหนิผู้ป่วย

2) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ระดับ M)

- ดูแลอย่างใกล้ชิดให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้ทั้งกลางวันและกลางคืน

- สามารถไปทำกิจกรรมนอกตึกได้แต่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมส่งต่อเจ้าหน้าที่หน่วยงานนั้นๆให้ทราบ

3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ (ระดับ L)

- ดูแลอย่างใกล้ชิดให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยได้ทั้งกลางวันและกลางคืน

- ผู้ป่วยสามารถเข้ากลุ่มกิจกรรมทั้งในตึก และนอกตึกได้ เช่น กลุ่มตามปัญหาของผู้ป่วย กลุ่มบันเทิง กลุ่มธรรมะ กลุ่มออกกำลังกาย

1.3 การให้สุขศึกษา

- การแนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรึกษาปัญหากับคนใกล้ชิด

2. การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.1 การรักษาด้วยยา

1) ดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่ เพื่อป้องกันการเก็บสะสม ซ่อนยามารับประทานครั้งเดียวหลายเม็ดเพื่อฆ่าตัวตาย

2) ตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยซ่อนยาตามซอกนิ้วมือ อมไว้ใต้ลิ้น บ้วนใส่แก้วน้ำดื่ม ผู้ป่วยบางรายจะเดินเข้าห้องน้ำเพื่อคายยาทิ้ง ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าและให้ผู้ป่วยอ้าปากให้ดูทุกครั้ง

2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

1) กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง (ระดับ H) ในการส่งทำ X-ray, EKG ตรวจทันตกรรม ควรมีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด 2 คน

2) การเตรียมทำ ECT โดยเวรบ่ายจัดให้ผู้ป่วยนอนในห้องแยก และให้ผู้ป่วยงดน้ำ อาหารหลังเที่ยงคืน ติดป้ายแขวนหน้าห้องแยก "ผู้ป่วย ECT งดน้ำ อาหาร" พร้อมระบุชื่อผู้ป่วย

3) ตอนเช้ามีการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ตรวจดูความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด วัด V/S และลงในฟอร์มปรอท ติดป้ายชื่อ

4) ตรวจสอบผู้ป่วยว่ามีฟันปลอม ผู้ป่วยหญิงใส่เสื้อชั้นในหรือไม่ ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะ เช่น แหวน สร้อยคอ

5) ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไปดื่มน้ำ และป้องกันผู้ป่วยอื่นที่หวังดีตักน้ำให้แก่ผู้ป่วย

6) ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า รอส่งผู้ป่วยไปรักษาด้วยไฟฟ้า

7) พาผู้ป่วยไปรักษาที่ตึก ECT ขณะนำส่งไปทำการรักษาต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง โดยการวิ่งชนรั้ว หรือวิ่งให้รถยนต์ชน

8) ขณะรอทำการรักษา ต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันหลบหนีทางหน้าต่าง หรือแอบไปดื่มน้ำ

9) หลังผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าเสร็จ พากลับมารับประทานอาหารที่ตึก วัดสัญญาณชีพ ดูแลให้รับประทานยา ให้นอนพักผ่อนก่อน สังเกตอาการใกล้ชิด ถ้าพบสิ่งผิดปกติ แจ้งให้พยาบาลทราบ

10) เฝ้าระวังหลังการรักษาด้วย ECT ระวังอุบัติเหตุ อาจต้องผูกมัดถ้าผู้ป่วยสับสนมาก

3. การช่วยเหลือทางด้านสังคมและจิตใจ

3.1 เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับ M, L จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มย่อย เช่น หมากฮอส การออกกำลังกาย กลุ่มดนตรี รดน้ำต้นไม้ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ให้ช่วยงานเล็กๆน้อยๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1) พยาบาลจะประเมินเพื่อให้ผู้ป่วยไปเข้ากลุ่มที่เหมาะสมตามปัญหา

2) ส่ง CBT "ปรับความคิด เพื่อชีวิตมีสุข" กลุ่ม MT แต่ทุกครั้งต้องอยู่ในสายตา การดูแลของเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด

1.5 วัดสัญญาณชีพ ดูแลตรวจร่างกาย และบันทึกในใบตรวจรักษา

1.6 พยาบาลคัดกรองอาการ และบันทึกข้อมูลก่อนพบแพทย์

1.7 ในรายผู้ป่วยใหม่ ส่งพบนักสังคมสงเคราะห์ สอบถาม ซักประวัติก่อนพบแพทย์

1.8 จัดลำดับคิวเข้าบริการเพื่อพบแพทย์

1.9 หลังพบแพทย์ ส่งพบพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำ รับใบนัดครั้งต่อไป

2. กรณีผู้ป่วยรับไว้รักษา

2.1 ในระหว่างที่แพทย์มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะยืนอยู่ข้างแพทย์ตลอดเวลา ถ้าแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากก็จะรับไว้รักษา

2.2 กรณีผู้ป่วยรับไว้รักษา ส่งผู้ป่วยและเอกสารที่โต๊ะผู้ป่วยฉุกเฉิน และตรวจสอบเอกสารกับผู้ป่วยให้ครบถ้วน และถูกต้อง ทาง ER จะโทรแจ้งตึกก่อนนำส่งผู้ป่วย โดย ER จะติดป้ายสีเหลืองให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นการแสดงให้รู้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 กรณีผู้ป่วยมีคำสั่งฉีดยา ให้ส่งใบยืมยาและรับยาจากห้องยา และตรวจสอบความถูกต้องของยากับใบยืมยา

2.4 หลังจากพยาบาลประเมินอาการหลังพบแพทย์เสร็จ จะนำส่งผู้ป่วยเข้าตึก โดยตรวจสอบป้ายชื่อให้ตรงกับผู้ป่วย แผนก OPD จะมีรถบริการส่งผู้ป่วย โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้จะเป็นผู้นำส่ง ซึ่งต้องประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนนำส่งผู้ป่วยเข้าตึก โดยประเมินว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่หรือไม่ ถ้าไม่ร่วมมือจะขออนุญาตผูกมัด ถ้าร่วมมือก็จะให้ญาติช่วยดูแลระหว่างนำส่งพร้อมผู้ช่วยเหลือคนไข้

2.5 นำผู้ป่วยและญาติส่งเข้าตึก ตรวจร่างกายผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ตึก เมื่อถึงตึกผู้ป่วยใน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จะแจ้งกับเจ้าหน้าที่ตึกว่ามีผู้ป่วยรับใหม่ และให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. กรณีส่งตรวจพิเศษ

3.1 ถ้าแพทย์ไม่ admit จะพาผู้ป่วยมานั่งรอที่หน้าห้องตรวจ เพื่อรอใบนัด และพาผู้ป่วยไปจุดบริการต่างๆตามแพทย์สั่ง เช่น Csg, MT, อาชีวบำบัด

3.2 กรณีที่ส่งตรวจพิเศษ จะให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ที่จุดบริการนำส่งว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อเจ้าหน้าที่จะให้การเฝ้าระวังต่อไป

1) จากคำพูดสั่งลา การเขียนจดหมาย การมอบหมายงาน การเตรียมพินัยกรรม

2) พูดถึงความทุกข์ทรมาน การเป็นภาระผู้อื่น พูดถึงความสิ้นหวัง การไร้คุณค่า วุ่นวายใจ

3) ใส่ใจอย่างจริงจังในทุกคำพูดของผู้ป่วยที่บ่งบอกทั้งทางตรงและทางอ้อมว่าจะฆ่าตัวตาย “บอกพ่อแม่มารับศพผมกลับบ้านด้วย” “ผมคงจะหมดกรรมหมดเวรแล้ว”