



คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

เรื่อง การให้บริการผู้ป่วยนอก (กรณีผู้ป่วยเก่า)

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560

สารบัญ

	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	1
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	10
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	11
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	11
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	11
7. ภาคผนวก	
- แบบฟอร์ม	13
- รายชื่อผู้จัดทำ	47

1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

ผู้รับบริการหลัก : ให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปี และครอบครัว	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
- แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โทรศัพท์ 0 4391 0770 – 1 ต่อ 1010, 1202 โทรสาร 0 4391 0772	- วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลา 07.30 น. -16.30 น. - วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.00 น. -16.30 น. (ยกวันหยุดนักขัตฤกษ์)

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1)	ตรวจร่างกาย 1. รับแฟ้มประวัติจากห้องเวชระเบียน 2. เรียกชื่อชื่อผู้ป่วยและบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ทำการตรวจร่างกายและซักประวัติ - ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง - วัดสัญญาณชีพ - สอบถามประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร โรคประจำตัว อาการของโรคทางกาย - ลงข้อมูลที่ได้ในแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก F-MR-07 การคัดกรอง 1. ญาติผู้ป่วย/ผู้ป่วย ยืนยันบัตรนัด รับการตรวจสอบเกี่ยวกับวันนัดว่ามารับบริการตรงวันนัดหรือไม่และคัดกรองดังนี้ 1.1 โรคแทรกซ้อนทางกายคัดกรองตามเอกสาร F – IPD - 012 หากพบผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวแนะนำให้ไปรับการรักษาทางฝ่ายกายตามระบบส่งต่อ วิธีปฏิบัติ การส่งต่อผู้ป่วย	5 นาที	- พยาบาล - ผู้ช่วยเหลือคนไข้

	<p>1.2 โรคทางจิตเวช คัดกรองจากการสังเกต ภาวะอาการสำคัญ หากสงสัยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ใช้แบบประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น Hosnosca</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามสิทธิการรักษา หากใช้บัตรทอง ตรวจสอบหนังสือใบส่งตัวถูกต้องหรือไม่ หากมีข้อผิดพลาดต้องแก้ไขส่งพบนักสังคมเพื่อ ทำการประสานกับโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการการตรวจสอบสิทธิ <p>2. รับการจัดลำดับผู้มารับบริการ ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินทางกาย และกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิต จำเป็นต้องได้รับการตรวจก่อน ตามวิธีปฏิบัติผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนทางกาย ตามวิธีปฏิบัติผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนทางจิต กรณีผู้ป่วยรายเก่าติดบัตรคิวดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มาตามนัด บัตรคิวสีขาว - มารับการฝึกกับสหวิชาชีพ บัตรคิวฝึกเฉพาะ - มารับยาเดิม บัตรคิว remed - ผิดนัด บัตรคิวผัดนัด - มาก่อนนัด บัตรคิวมาก่อนนัด <p>3. ให้ผู้ปกครองหรือผู้ป่วยนำบัตรประจำตัวผู้มารับบริการ ไปยื่นที่เวชระเบียน</p>		
2)	<p>จุดซักประวัติ</p> <p>1. พยาบาลประจำจุดซักประวัติ รับแฟ้มประวัติจากผู้ช่วยเหลือคนไข้ สัมภาษณ์ประวัติ สัมภาษณ์ประวัติตามลำดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 ตรวจสอบ ชื่อ - สกุลผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มประวัติ 1.2 สอบถามอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซักประวัติเพื่อค้นหาภาวะฉุกเฉินตามเกณฑ์ต่อไปนี้ <p>กรณีวิกฤติ ต้องตรวจโดยแพทย์ภายใน 15 นาที</p>	5 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาล - ผู้ช่วยเหลือคนไข้

	<ul style="list-style-type: none"> - Severe psychosis คือ มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหวาดระแวงอย่างมาก จนจำเป็นต้องผูกมัด เพราะมีประวัติ หรือมีแนวโน้มจะทำลายข้าวของ ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น - Severe aggression คือ มีความก้าวร้าวทั้งทางวาจา และทางกายอย่างมาก จนจำเป็นต้องผูกมัด เพราะมีประวัติ หรือมีแนวโน้มจะทำลายข้าวของ ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น - มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือสารเสพติดที่รุนแรง เช่น แพ้ยา, drug intoxication/withdrawal - ผู้ป่วยที่ V/S ไม่ stable (ดูในตาราง V/S เด็กแต่ละวัย) - ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือ GCS < 15 <p><u>กรณีฉุกเฉิน แพทย์ตรวจภายใน 1 วัน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suicidal idea คือ มีความคิดหรือวางแผนทำร้ายตัวเอง - Homicidal idea คือ มีความคิดหรือวางแผนทำร้ายผู้อื่น - ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย เช่น มีประวัติสงสัยว่าถูก ทำร้ายร่างกาย ถูกทารุณกรรมทางเพศ หรือไม่มีผู้ปกครองดูแล - Psychosis ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องผูกมัด - ผู้ป่วยที่ไม่ไปโรงเรียนมาไม่เกิน 1 สัปดาห์ - Hyperventilation syndrome หรือ panic attack ที่ มีอาการภายใน 1 วัน - Case ใดๆที่คาดว่าจะต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนในวัน นั้น เช่น bipolar d/o (ถ้าไม่แน่ใจให้สอบถามแพทย์เป็น กรณีไป) <p><u>กรณีเร่งด่วน แพทย์ตรวจภายใน 1 สัปดาห์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ไม่ไปโรงเรียนมานานกว่า 1 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 1 เดือน - Hyperventilation syndrome หรือ panic attack ที่ มีอาการภายใน 1 สัปดาห์ 		
--	---	--	--

	<p>- Case ใดๆที่คาดว่าจะต้องได้รับการรักษาภายใน 1 สัปดาห์ เช่น moderate or severe depression (ถ้าไม่แน่ใจให้สอบถามแพทย์เป็นกรณีไป)</p> <p>หากพบว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์วิกฤติมีความความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี พยาบาลอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือจำกัดพฤติกรรม นำส่งที่ห้องฉุกเฉิน</p> <p>1.3 ตรวจสอบ OPD card เดิมที่เคยมาตรวจรักษาในครั้งก่อน เพื่อทบทวนคำสั่งแพทย์ สิ่งที่ต้องตรวจสอบคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมิน SNAP IV ของครู/ผู้ปกครอง พร้อมลงผลคะแนนในแบบฟอร์มกราฟแสดงผลคะแนน แบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลและแนบกับแฟ้มผู้ป่วย - ผลประเมิน IQ test หากยังไม่มีประสานงานนักจิตวิทยาเพื่อขอผลการประเมิน - ลงบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ในกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต (Growth Curve) แยกตามสี สีชมพูคือผู้ป่วยหญิง สีฟ้าผู้ป่วยชาย ลงบันทึกในแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ <p>1.4 สอบถามอาการเกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการ สมาธิ พฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียน <p>พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การกินยา ขนาด เวลา ตรงตาม คำสั่งแพทย์หรือไม่ <p>ลงบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก F - MR - 007</p>		
3)	<p>ก่อนพบแพทย์</p> <p>1. ผู้ช่วยเหลือคนใช้รับแฟ้มจากพยาบาลซักประวัติ</p>	5 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาล - ผู้ช่วยเหลือคนใช้

	<p>2. บันทึกชื่อ และกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยต้องได้รับในวันนี้ลงในแบบฟอร์มผู้รับบริการรายวันที่ แบบฟอร์มผู้รับบริการรายวัน</p> <p>3. ตรวจสอบแพทย์เจ้าของไข้จาก OPD card ผู้ป่วย แยกผู้ป่วยตามรายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ จัดคิวเข้าพบแพทย์ตามลำดับกรณีแพทย์เจ้าของไข้ไม่อยู่ จัดเพิ่มคนไข้พบแพทย์เวรวันนั้นแทนโดยเฉลี่ยเข้าพบแพทย์ตามคิวที่เหมาะสม</p> <p>4. เรียงตามลำดับการพบแพทย์ดังนี้ สีแดง ผู้ป่วยมาตามนัด สีเหลือง มาก่อนนัด และมาผิदनัดตามลำดับ</p> <p>5. สอบถามเอกสารที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ใบรับรองแพทย์ ใบสรุปผลการรักษา ใบ ท.74 พร้อมแนบเอกสารไปกับ OPD card</p> <p>6. เรียกผู้ป่วยตามลำดับแรกของแพทย์แต่ละราย มานั่งรอที่บริเวณหน้าห้องตรวจ ตั้งแต่เวลา 8.30 น. และนำแฟ้มคิวแรกเข้าไปรอในห้องตรวจแพทย์</p> <p>7. ฟังเสียงกริ่งสัญญาณจากห้องตรวจแพทย์ เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าห้องตามหมายเลขห้องที่กดสัญญาณ และเรียกผู้ป่วยคิวถัดไปมารอที่บริเวณหน้าห้องตรวจแพทย์</p> <p>8. แจ้งผู้ป่วยรายต่อไปเพื่อเตรียมเข้าห้องตรวจ</p> <p>9. เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องตรวจ รับแฟ้มประวัติส่งต่อ OPD card ไปหลังพบแพทย์</p> <p>พบสหวิชาชีพ</p> <p>1. ผู้ช่วยเหลือคนไข้รับแฟ้มจากพยาบาลซักประวัติ กรณีมีนัดฝึกกิจกรรมตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ต้องเข้าพบแพทย์</p> <p>บันทึกชื่อ และกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยต้องได้รับในวันนี้ลงในแบบฟอร์มผู้รับบริการรายวัน</p> <p>2. ส่งต่อ แฟ้มประวัติ ไปหลังพบแพทย์</p> <p>รับยาเดิม</p> <p>1. ผู้ช่วยเหลือคนไข้รับแฟ้มจากพยาบาลซักประวัติ</p>		
--	--	--	--

	2. บันทึกชื่อ และกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยต้องได้รับในวันนี้นลงในแบบฟอร์มผู้รับบริการรายวัน		
4)	ตรวจวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา	5 – 10 นาที	แพทย์
5)	<p>หลังพบแพทย์</p> <p>1. พยาบาลรับเพิ่มจากผู้ปกครองที่ถือออกจากห้องตรวจแพทย์</p> <p>2. พยาบาลประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การดูแล การกินยา จากผู้ปกครองหลังจากพบแพทย์เพื่อทบทวนความเข้าใจผู้ปกครอง</p> <p>3. ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาที่ใช้ในการรักษา - การส่งพบสหวิชาชีพ ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ - การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติการ <p>ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งต่อการรักษานอนโรงพยาบาล ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติการ <p>ส่งผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เอกสารที่ต้องให้ผู้ปกครองนำกลับ <p>4. แจงข้อมูลผู้ปกครองเกี่ยวกับเอกสารที่ต้องนำกลับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV ครูและผู้ปกครอง ให้นำกลับไปทำแล้วนำแบบประเมินมาด้วยในครั้งต่อไปที่พบแพทย์ เขียนชื่อผู้ป่วยและวันที่ลงไปแบบฟอร์มประเมินพฤติกรรม SNAP IV ปิดซองให้เรียบร้อย (กรณีผู้ป่วยกินยา ให้ประเมินอาการหลังกินยาแล้วภายใน 4 ชั่วโมง) - แบบฟอร์มจดหมายการดูแลผู้ป่วย ADHD ,LD ,MR, ASD แจงผู้ปกครองเกี่ยวกับเอกสารที่ได้ เขียนชื่อผู้ป่วย ประทับตราสถาบันฯ ปิดซองให้เรียบร้อย 	5 นาที	พยาบาล

	<p>- ใบสรุปผลการรักษา ตรวจสอบข้อมูลถึงสาเหตุที่ต้องขอใบสรุปผลการรักษา ประทับตราสถาบันฯทับลายมือชื่อของแพทย์ ใส่ซองเอกสารสอบถามโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการไปรักษาต่อ บันทึกชื่อโรงพยาบาลลงในซองจดหมาย พร้อมถ่ายเอกสารสำเนาเก็บไว้ใน OPD card</p> <p>- ใบรับรองแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ลงข้อมูลให้ครบถ้วน ประทับตราสถาบันฯ ทับลายเซ็นของแพทย์ ใส่ซองเอกสารปิดซองให้เรียบร้อย</p> <p>- ใบรับรองความพิการ/ใบท.74 ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ลงข้อมูลให้ครบถ้วน ประทับตราสถาบันฯลงบนลายมือชื่อของแพทย์ สอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความเข้าใจในการขอรับรองความพิการ นำใบรับรองความพิการใส่ซอง ปิดซองให้เรียบร้อย ลงข้อมูลการให้เอกสารใน OPD card (F - MR - 007) บริเวณคำสั่งแพทย์ที่มีคำสั่งให้ออกใบ ท.74 บันทึกเลขที่เอกสารและให้ผู้ปกครองลงลายมือชื่อรับ แนบเอกสารแบบฟอร์มการแนะนำสิทธิการรักษา ท.74 ใน OPD card ส่งผู้ป่วยไปยังห้องนักสังคมเพื่อแนะนำการขึ้นสิทธิต่อไป</p> <p>5. แจ้งขั้นตอนการบริการลำดับต่อไปให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยทราบ</p> <p>- กรณีที่ต้องพบสหวิชาชีพ แจ้งลำดับในการให้บริการ และระยะเวลาในการรอคอยคร่าวๆ หากไม่ต้องการพบหรือลำดับในการให้บริการเต็ม แจ้งผู้ปกครองและผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ไม่สามารถรับบริการได้ พร้อมทั้งลงบันทึกข้อมูลลงใน OPD card และบัตรขั้นตอนการให้บริการ ยกตัวอย่างการบันทึก เช่น</p> <p>ติดราชการ ผู้ป่วยไม่สะดวกพบ คิวเต็ม เป็นต้น</p> <p>- จัดลำดับตามคิวในตะกร้าของแต่ละสหวิชาชีพ เรียงตามลำดับก่อนหลังโดยแฟ้มที่จะได้รับการฝึกกิจกรรมก่อน</p>		
--	---	--	--

	<p>จะอยู่ด้านบน โทรประสานงาน เพื่อมารับแฟ้มประวัติ และ รับผู้ป่วยเพื่อไปฝึกเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีมีฝึกหลายกิจกรรม พิจารณาลำดับคิวตามความ มากน้อยของจำนวนผู้ป่วยของแต่ละสาขาชีพ - กรณีที่ไม่มีพบสาขาชีพ แจ้งผู้ป่วยให้ไปรอรับบัตรนัด และยา ที่จุดนัด <p>6. ผู้ช่วยเหลือคนใช้นำแฟ้มไปยังจุดนัด</p> <p>หมายเหตุ : ในกรณีที่มีพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติการที่งาน บริการผู้ป่วยนอกเพียงสองท่าน พยาบาลที่จุดหลังพบแพทย์ ต้องทำ การบำบัดควบคุมไปด้วย เช่น กระตุ้นพัฒนาการ การ ให้คำปรึกษา การทำการบำบัดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาระ งานจุดหลังพบแพทย์</p>		
6)	<p>จุดนัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับแฟ้ม จากโต๊ะหลังพบแพทย์ ตรวจสอบ order แพทย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 กรณี order ไม่มียา แต่มีนัดพบแพทย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 ลงบันทึกนัดผู้ป่วย โดยการเขียนไว้ในกระดาษ A4 1.1.2 ลงในตารางนัดพบแพทย์ในคอมพิวเตอร์ 1.2 กรณีมา และพบแพทย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1 นับจำนวนวัน 1.2.2 ลงบันทึกนัดผู้ป่วย โดยการเขียนไว้ในกระดาษ A4 1.2.3 ลงในตารางนัดพบแพทย์ในคอมพิวเตอร์ 1.3 มียา มีฝึก มีพบแพทย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.3.1 หาวันนัดพบแพทย์และวันฝึก <p>นับจำนวนวัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3.3 ลงวันนัดในบัตรนัดผู้ป่วย และลงในตารางนัดพบ แพทย์ในคอมพิวเตอร์ <ol style="list-style-type: none"> 1.4 กรณี ฝึกทุก.....เดือน พบแพทย์....เดือน 	5 นาที	ผู้ช่วยเหลือคนไข้

	<p>1.4.1 นัดฝึกแยกเฉพาะ นัดวัน และลงในใบนัดสีเขียว (ระบุฝึกเฉพาะ)</p> <p>1.4.2 นัดพบแพทย์ หาวันนัด และลงในใบนัดสีเขียว (ระบุพบแพทย์)</p> <p>1.5 กรณี รับประทานยา.....เดือน พบแพทย์ทุก.....เดือน</p> <p>1.5.1 หาวันนัดรับยาเดิมและหาวันนัดพบแพทย์</p> <p>1.5.2 นับจำนวนวัน</p> <p>1.5.3 ลงวันนัดในบัตรนัดผู้ป่วย และลงในตารางนัดพบแพทย์ในคอมพิวเตอร์</p> <p>1.6 กรณี รับประทานยา+ฝึกเฉพาะ ทุก...เดือน พบแพทย์ทุก...เดือน</p> <p>1.6.1 หาวันนัดให้ตรงกันกับวันรับยาเดิมและการฝึกกับสหวิชาชีพ</p> <p>1.6.2 หาวันนัดพบแพทย์</p> <p>1.6.3 นับจำนวนวัน</p> <p>1.6.4 ลงวันนัดในบัตรนัดผู้ป่วย และลงในตารางนัดพบแพทย์ในคอมพิวเตอร์</p> <p>1.7 กรณีแพทย์ไม่นัดต่อ หรือ จ่ายยา 1 เดือนและส่งตัวรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน</p> <p>1.7.1 นับจำนวนวัน</p> <p>1.7.2 ลงบันทึกในใบ off service และถ่ายเอกสาร เอาฉบับจริงไว้ในแฟ้มผู้ป่วย ส่วนสำเนาเก็บเข้าแฟ้มการติดตามผู้ป่วย</p> <p>1.8 กรณีแพทย์ไม่นัดต่อ หรือส่งตัว รักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ไม่ได้จ่ายยา จะลงบันทึกในใบ off service และถ่ายเอกสาร เอาฉบับจริงไว้ในแฟ้มผู้ป่วย ส่วนสำเนาเก็บเข้าแฟ้มการติดตามผู้ป่วย</p> <p>2. ลงวันนัดครั้งต่อไปในบัตรนัดผู้ป่วย และตารางนัดแพทย์ และตารางเช็คผู้ป่วยรายวัน(ในวันนั้นผู้ป่วยได้รับบริการอะไรบ้าง)</p>		
--	---	--	--

	<p>3. เรียกชื่อผู้ป่วย ระบุบัตรนัด แจ้งรายละเอียดในการนัดครั้งต่อไปให้ผู้ป่วยรับทราบ</p> <p>3.1 นัดครั้งต่อไปวันที่เท่าไร เวลาอะไร</p> <p>3.2 กิจกรรมที่จะได้รับบริการในวันนั้น</p> <p>3.3 ขอเบอร์โทรติดต่อที่สามารถติดต่อได้ทุกครั้งที่</p> <p>3.4 แจ้งผู้ป่วยรอรับยาที่หน้าห้องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมียา</p> <p>3.5 กรณีผู้ป่วยไม่มียา แต่ชำระเงินเอง แจ้งผู้ป่วยนั่งรอหน้าห้องการเงิน เพื่อชำระเงินก่อนรับยา</p> <p>3.6 กรณีผู้ป่วยไม่มียา และไม่ได้ชำระเงินเอง เช่น สิทธิการรักษา จ่ายตรง แจ้งให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้</p> <p>4. นำแฟ้มไปห้องยา กรณีมียา</p> <p>5. นำแฟ้มไปห้องการเงิน กรณีไม่มียา แต่มีการชำระเงิน</p> <p>6. หลังจากให้บริการนัดผู้ป่วยในวันนั้นหมดแล้ว นำตารางที่เช็กผู้มารับบริการรายวันนำมาลงบันทึก 43 แฟ้ม</p>		
7)	ชำระเงิน (ตามสิทธิการรักษา)	5 นาที	เจ้าหน้าที่การเงิน
8)	รับยา	5 – 10 นาที	เภสัชกร
9)	กลับบ้าน	-	-
รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น		40 -50 นาที	

3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	บัตรนัด	1
2)	บัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย/สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)	1
3)	หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด(กรณีสิทธิการรักษาหมดอายุ)	1

4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	ตามสิทธิการรักษา	

5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	ร้อยละ 90 ของข้อเสนอแนะและข้อร้องเรียน ของผู้มารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอกได้รับการแก้ไข
2)	ร้อยละ 80 ของความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมาก -มากที่สุด
3)	ร้อยละ 80 ของผู้รับบริการรายใหม่ที่รับ pre-diagnosis intervention

6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	ผู้รับความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน ณ ชั้น 1 งานบริการผู้ป่วยนอก
2)	จดหมายร้องเรียนทางไปรษณีย์ ส่งถึงสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 282 หมู่ 15 ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
3)	ทางโทรศัพท์หมายเลข 0 4391 0770 – 1 และโทรสารหมายเลข 0 4391 0772
4)	ทาง Website www.necam.go.th
5)	E-mail.com: info@necam.go.th
6)	ร้องเรียนด้วยตนเองโดยตรงที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคผนวก

1. แบบฟอร์ม

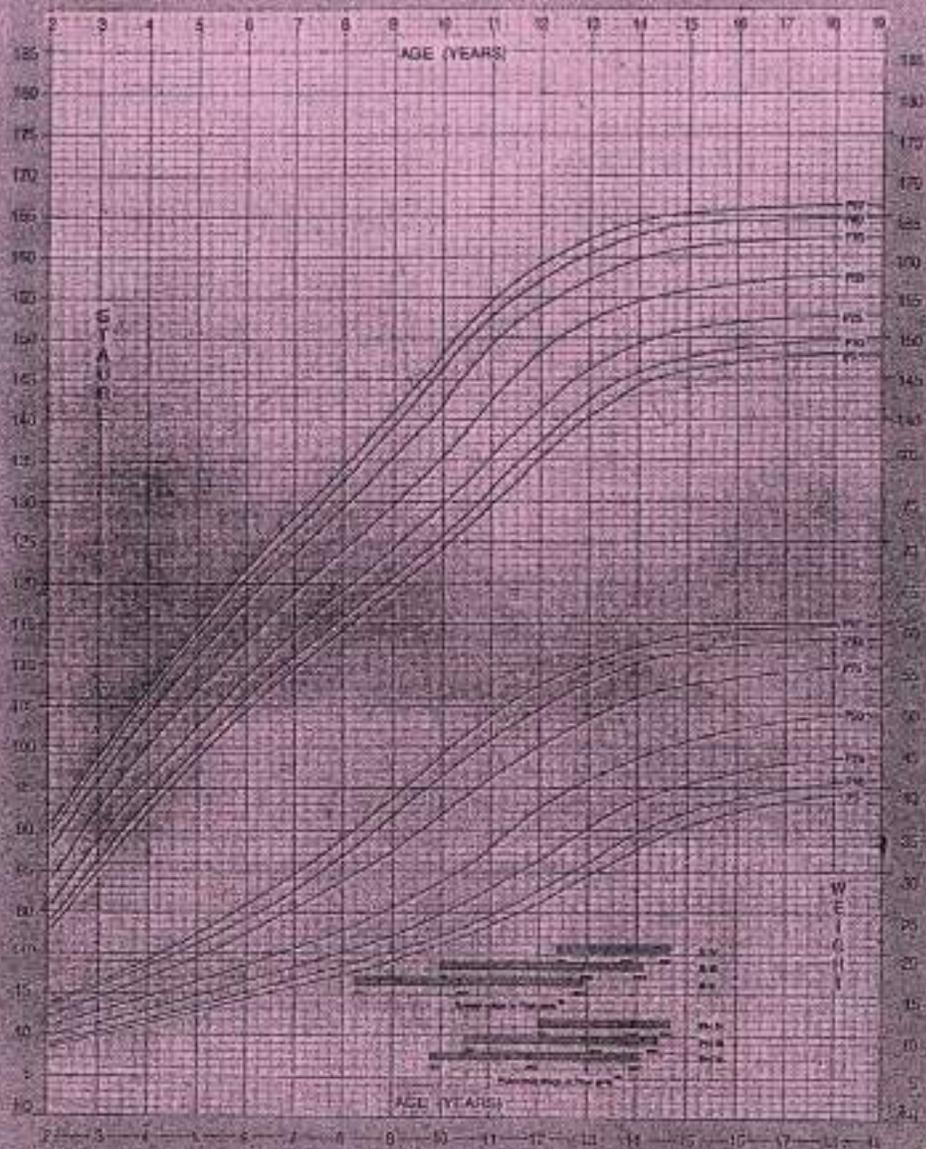
- แบบฟอร์มจดหมายการดูแลผู้ป่วย ADHD
- แบบฟอร์มจดหมายการดูแลผู้ป่วย LD
- แบบฟอร์มจดหมายการดูแลผู้ป่วย MR
- แบบฟอร์มจดหมายการดูแลผู้ป่วย ASD
- แบบประเมินซีเอ็มเคร้า CDI (อายุ10-16 ปี)
- แบบประเมินซีเอ็มเคร้า BDI
- แบบประเมินก้าวร้าวรุนแรง (HoNOSCA 1 – AGGRESSION)
- แบบคัดกรองโรคกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน PDDSQ ช่วงอายุ 1 – 4 ปี (12 เดือน – 47 เดือน)
- แบบคัดกรองโรคกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน PDDSQ ช่วงอายุ 4 – 18 ปี
- แบบประเมินพฤติกรรมSNAP IV
- กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตGrowth(Curve) อายุ -219 ปีชาย
- กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตGrowth(Curve) อายุ -219 ปี หญิง
- แบบฟอร์มบันทึกรายงานผู้ป่วยที่มาใช้บริการรายวัน
- แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและวัยรุ่น (สำหรับแพทย์)
- แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและวัยรุ่น (พยาบาล)
- บันทึกการดำเนินของโรค (Progress note)
- แบบบันทึกรายชื่อผู้รับบริการที่ไม่มาตามนัด
- แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์
- แบบฟอร์มสรุปผลการรักษา
- แบบเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
- แบบคัดกรองโรคซีเอ็มเคร้า 2 คำถาม (2Q)และแบบคัดกรองโรคซีเอ็มเคร้า 2 คำถาม (2Q)
- แบบวัด mania (YMRS)
- กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กหญิงไทยอายุ 2 – 19 ปี
- กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กชายไทยอายุ 2 – 19 ปี

กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กหญิงไทยอายุ 2 - 19 ปี



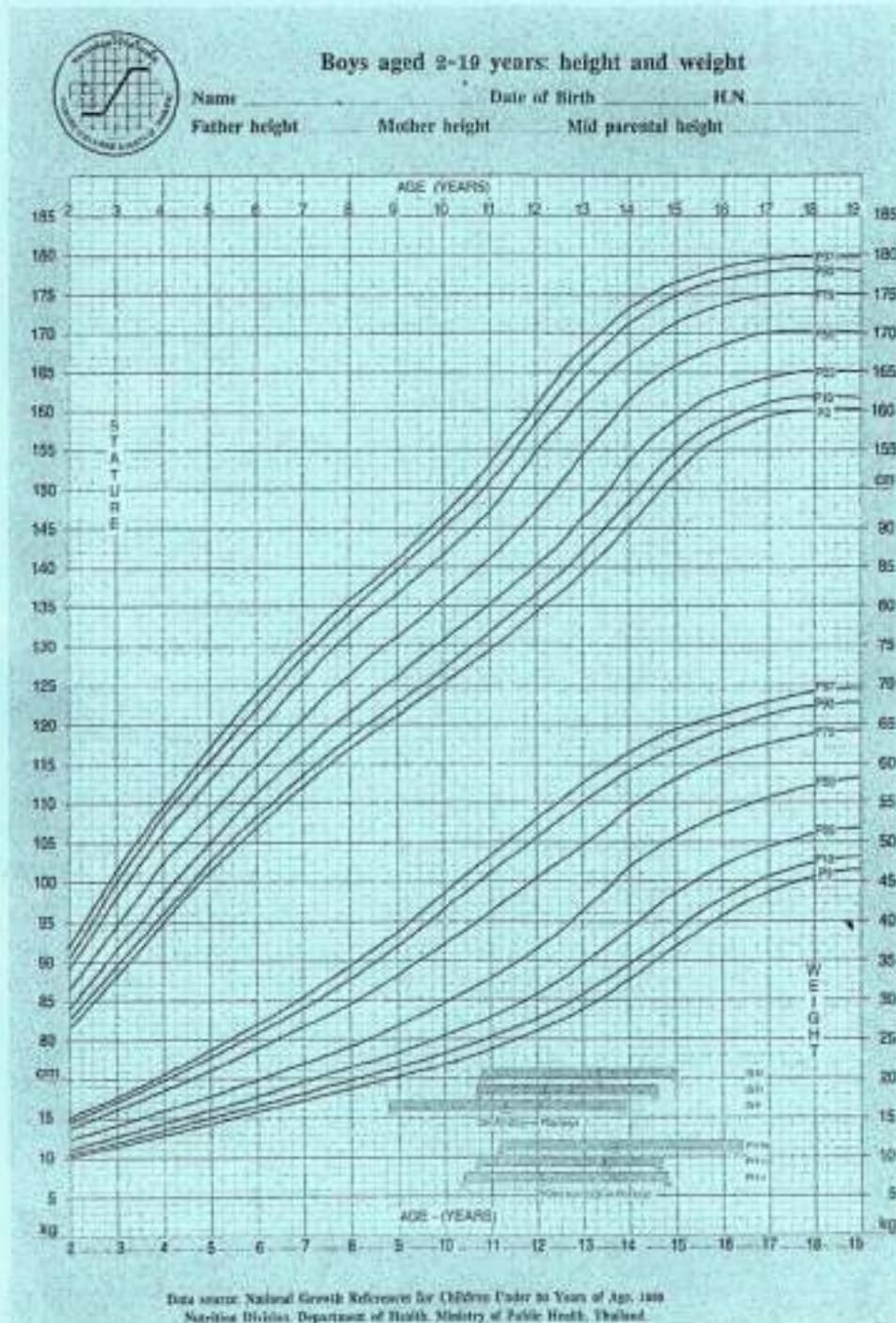
Girl aged 2-15 years; height and weight

Name _____ Date of Birth _____ R.N. _____
 Father height _____ Mother height _____ Mid parental height _____



Data source: National Growth Reference for Children Under 18 Years of Age, 1987
 (For use in conjunction of the "Height of Adult Women, Thailand")

กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กชายไทยอายุ 2 - 19 ปี



แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก (PDDSQ) ช่วงอายุ 1-4 ปี (12 เดือน - 47 เดือน)

ชื่อ/HN.....	สำหรับเจ้าหน้าที่ การวิจัย.....
อายุ.....ปี.....เดือน	สถานที่เก็บข้อมูล.....
ผู้ตอบ <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> อญาติ/ผู้ดูแลเด็ก	เก็บข้อมูลครั้งที่.....

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง หลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1. ตอบสนอง เช่น หันมามอง หันไปที่คุณเรียกชื่อเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สามารถเล่นสมมติเป็น เช่น ทำท่าป้อนอาหารให้ตุ๊กตา เล่นขายของ หรือสมมติในสิ่งต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ใช้นิ้วชี้ ข้อมนิ้วชี้ ไปที่สิ่งของเพื่อแสดงว่าเขาสงสัย หรือต้องการของสิ่งนั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สนใจ อยากเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่น เวลาไปโรงเรียน หรืออยู่ที่สนามเด็กเล่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สามารถทำท่าทางเลียนแบบผู้ใหญ่ เช่น แคะหน้า ทวีมน โคนทวนควด เสรียนตัวไปทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
6. ชอบที่จะเล่นคนเดียว หรืออยู่ตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เป็นเด็กหน้าอซ ไม่ค่อยแสดงอารมณ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ทำท่าทางเหมือนไม่ได้ฟังคุณเวลาคุณพูดกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. สนใจที่จะเล่นกับเด็กคนอื่นน้อยมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ชอบทำตลกขบขัน หรือจ้องมองโดยไร้จุดหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
11. รู้จักแบ่งขนม หรือของเล่นให้เด็กคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. พยายามทำหรือสายหน้าเพื่อนอกกับคุณว่า เขาหรือไม่ใช่เขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. พยายามทำให้คุณสนใจในสิ่งที่เขากำลังทำอยู่ โดยการเรียกคุณหรือยื่นของสิ่งนั้นให้คุณดู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น มองหน้า สบตา ยิ้มหรือยื่นของเล่นให้เวลาที่มีเด็กอื่นเดินเข้ามา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. เลียนแบบท่าทางคุณ เช่น แอบยื่นสายเวลาที่คุณแอบยื่นใส่เขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
16. ยังก่อนไม่ได้ว่าต้องการอะไร ไม่ว่าจะด้วยการพูดหรือชี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ทำท่าทางแปลกๆ ซ้ำๆ เช่น โยกตัว เดินขย่งเท้า สบัดมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. จับมือคุณไปหยิบของที่เขาอยากได้ โดยไม่มองหน้าคุณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. มีความสนใจของเล่นไม่ได้ชิ้น หรือสิ่งต่างๆ ไม่ถี่เรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น มักจะเอามาเคาะ โยน ถีบไปมา หรือเอาเข้าปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
21. มองหน้า สบตาคุณเวลาที่พูดคุยหรือเล่นกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ใช้นิ้วชี้ข้อมนิ้วชี้ ให้คุณมองของบางอย่างที่อยู่ไกลออกไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ยืนให้พ่อแม่ เมื่อหันพ่อแม่มาแคบไกล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. มองสิ่งที่คุณกำลังทำอะไร หรือสนใจในสิ่งเดียวกันกับสิ่งที่คุณกำลังสนใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก (PDDSQ) ช่วงอายุ 4- 18 ปี

ชื่อเด็ก.....อายุ.....ปี.....เดือน ที่อยู่.....โทรศัพท์..... ผู้ตอบ : <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก	สำหรับเจ้าหน้าที่ การวินิจฉัย..... สถานที่เก็บข้อมูล..... เก็บข้อมูลครั้งที่.....
---	--

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อโดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1. ชอบเก็บตัว หรืออยู่คนเดียวตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เดินผ่านตรงกลาง ที่คนสองคนกำลังคุยอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. เข้ากับเพื่อนได้ยาก แม้ว่าเราจะพยายามอย่างเต็มที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ชอบจำแต่สิ่งไร้สาระ หรือสิ่งที่ไม่มีความหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใช้ภาษาที่ไม่ค่อยเหมาะสมกับกาลเทศะหรือผู้ฟัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
6. มักถูกเด็กอื่นมองว่าเป็น "ตัวแปลก หรือ ตัวประหลาด"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เล่นกับเด็กคนอื่นได้ แต่ต้องเล่นเฉพาะสิ่งที่ตัวเองอยากเล่นเท่านั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ค่อนข้าง ปรับตัวไม่ได้เวลาที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ย้ายเป็นประจำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. รุนแรง จะตะแคง รุนแรง มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ชอบคิดอะไรซ้ำซาก รวนเวียนหรือทำอะไรซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
11. ไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่คุ้นเคย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คุณเคยรู้สึกว่าคุณพูดซ้ำ หรือเคยกังวลว่าทำไมลูกยังไม่พูดเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่ค่อยรับรู้ว่าคนอื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. มีความสุขเวลาที่ได้อยู่คนเดียว มากกว่าเวลาอยู่เป็นกลุ่มกับคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ตรงไปตรงมา ไม่รู้จักยืดหยุ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

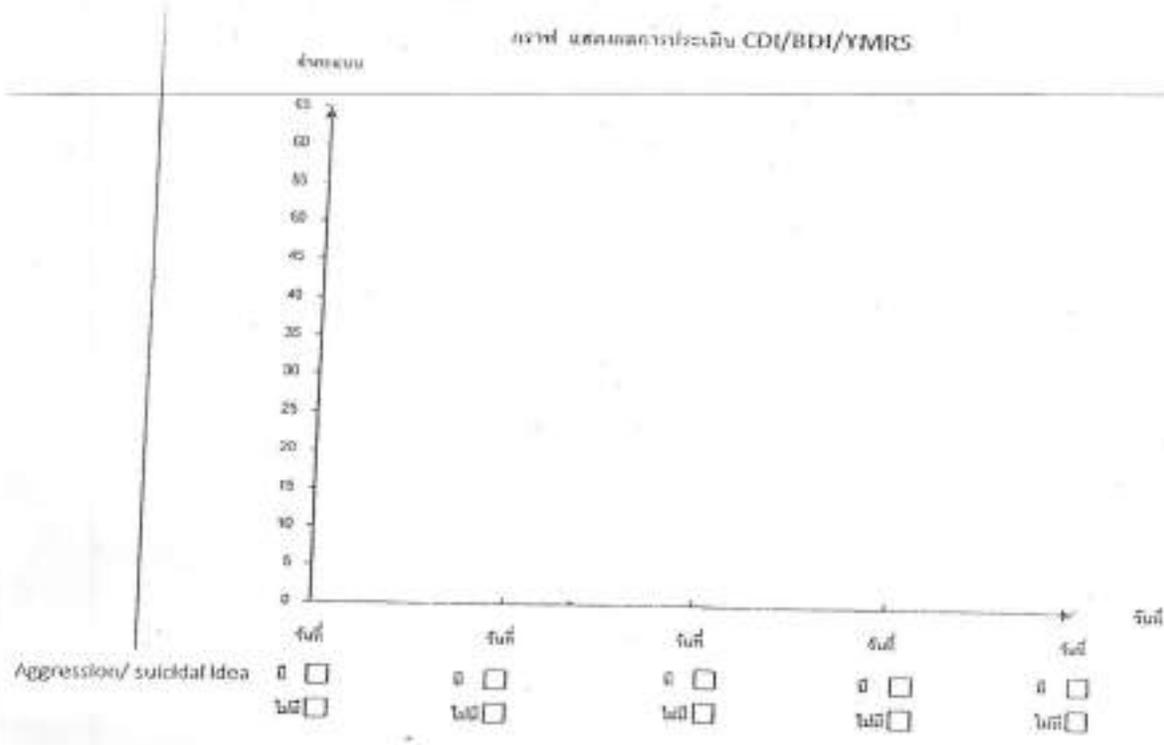
	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
16. สนใจในสิ่งต่างๆ เพียงไม่ใช่ว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ไม่ค่อยฟังเพื่อน ถ้าเพื่อนไม่ได้พูดในสิ่งที่เขาสนใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. มีอารมณ์ขัน สามารถเข้าใจเรื่องตลกได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. รู้จักสงสารหรือเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่/ทำบ่อย	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
21. ชอบเล่นเป็นกลุ่มกับเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. มองหน้า สบตาทุกครั้งเวลาพูดคุย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. สามารถสังเกต เข้าใจสีหน้าและอารมณ์ของคนรอบข้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มีเพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่เล่นด้วยกันบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. สามารถบอกอารมณ์หรือความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น ชั้นเรียน
 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนี้ตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

อาการแสดง	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ค่าปรับ เจ้าหน้าที่
๑) มักไม่ตระเตรียมรอบคอบ หรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน					
๒) ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
๓) ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
๔) มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
๕) จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
๖) มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
๗) ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น สมุดจดงาน เครื่องเขียน ฯลฯ)					
๘) วอกแวกง่าย					
๙) ขี้ลืม					
๑๐) มือเท้าขยุกขยิก นั่งบิดไปบิดมา					
๑๑) นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียน หรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย					
๑๒) วิ่งหรือปั่นป่วนมากเกินไปจนไม่รู้จักกาลเทศะ					
๑๓) เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
๑๔) พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "คิดเครื่อง" ตลอดเวลา					
๑๕) พุดมาก					
๑๖) มักใส่ถ่มคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
๑๗) ไม่ชอบรอคิว					
๑๘) ชอบสอดแทรกผู้อื่น เช่น พุดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน					
๑๙) อารมณ์เสียบ่อย					
๒๐) ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					
๒๑) ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่ง หรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
๒๒) ใจใจก่อกวนผู้อื่น					
๒๓) มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
๒๔) ขี้รำคาญ					
๒๕) โกรธซึ่งบึ้งตึงเป็นประจำ					
๒๖) เจ้าคิดเจ้าแค้น					

[cut off : Parent ๑๖ - ๑๙ - ๑๖ ; Teacher ๒๓ - ๒๖ - ๒๑]



การประเมินผล

ผลคะแนนการประเมิน CDI/BDI คือ ปรากฏว่ามีแนวโน้ม suicidal Idea ใน CDI มี ๑ ข้อคิดเห็น ๑,๐ แสดงว่า "มี"

ผลคะแนนการประเมิน YMRS คือ ปรากฏว่ามีแนวโน้ม Aggression ใน YMRS มี ๕,๕,๐ ข้อคิดเห็น ๑,๐ แสดงว่า "มี"

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก
Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านมากที่สุดที่สุดในระยะ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา

๑. ก. ฉันรู้สึกเศร้านาน ๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
๒. ก. อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นด้วยดี ค. สิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
๓. ก. ฉันทำอะไร ๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
๔. ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง ค. ไม่มีอะไรสนุกสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
๕. ก. ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง ค. ฉันทำตัวไม่ดีนาน ๆ ที
๖. ก. นาน ๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่มีดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
 ค. จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ ๆ
๗. ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง ค. ฉันชอบตัวเอง
๘. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตัวฉัน ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เป็นความผิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
๙. ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
๑๐. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง
๑๑. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ที
๑๒. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
๑๓. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ด้วยตนเอง ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย
๑๔. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
๑๕. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน
 ค. การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
๑๖. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน ค. ฉันนอนหลับสบาย
๑๗. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
๑๘. ก. มีหลายวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ข. มีบางวันที่ฉัน รู้สึกไม่อยากกินอาหาร ค. ฉันกินอาหารได้ดี
๑๙. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
๒๐. ก. ฉันไม่รู้สึกเหงา ข. ฉันรู้สึกเหงาบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
๒๑. ก. ฉันรู้สึกไม่สนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน ข. ฉันรู้สึกสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
๒๒. ก. ฉันมีเพื่อนมาก ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้ ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
๒๓. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน ค. การเรียนของฉันแย่มาก
๒๔. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว ในขณะที่
๒๕. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า ค. ฉันรู้สึกว่ามีคนรักฉัน
๒๖. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
๒๗. ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HDI (Beck Depression Inventory)

คำชี้แจง: แบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลในปัจจุบันของท่าน ลักษณะแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความที่จะใช้บรรยายความวิตกกังวลของท่าน จำนวน 21 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาคอบค่าตามทุกข้อ ข้อความแต่ละข้อ ไม่มีค่าลบที่ถูกหวัดคิดจึงไม่ควรใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบนานเกินไป

ความวิตกกังวลในขณะนี้	เป็นประจำ (3คะแนน)	บ่อยครั้ง (2 คะแนน)	บางครั้ง (1คะแนน)	ไม่เลย (0 คะแนน)
1. ฉันรู้สึกเศร้า				
2. ฉันหมดกำลังใจ				
3. ฉันรู้สึกอึดอัดจนอึดอัด				
4. ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่าง ๆ อย่างที่ฉันเคยเป็นมา				
5. ฉันรู้สึกมีความคิด				
6. ฉันรู้สึกว่าฉันกำลังถูกลงโทษ				
7. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
8. ฉัน โทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น				
9. ฉันอยากฆ่าตัวตาย				
10. ฉันร้องไห้				
11. ฉันรู้สึกว่าความวิตกกังวลหรือความเครียดกับสิ่งต่าง ๆ				
12. ฉันมีความสนใจต่อผู้อื่นน้อยลง				
13. ฉันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยากขึ้นกว่าเดิม				
14. ฉันรู้สึกว่าอุปนิสัยของฉันดูแย่ลง				
15. ฉันไม่สามารถทำงาน ได้ดีเท่าเมื่อก่อน				
16. ฉันนอน ไม่ค่อยหลับหรือตื่นเร็วกว่าปกติ				
17. ฉันเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่าง ๆ				
18. ฉันเบื่ออาหาร				
19. น้ำหนักฉันลดลงกว่าปกติ				
20. ฉันกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของฉัน				
21. ฉันสนใจเรื่องสหกรณ์น้อยลง				
รวม				

ผลการประเมิน.....คะแนน ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดพัว	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความ ตั้งใจ	0	1	2	3
8. ซูลงๆ ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดว่าร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คำถาม	คำตอบ	ใช่	ไม่ใช่
1.	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2.	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3.	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมี	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
4.	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
5.	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
6.	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
7.	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
8.	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	0	4
คะแนนรวมทั้งหมด			

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
> 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ถ้าคะแนน 8Q > 17 ส่งต่อโรงพยาบาลมีจิตแพทย์ด่วน

Appendix

Thai Young Mania Rating Scale

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน.....

HN.....

Diagnosis.....

YOUNG MANIA RATING SCALE

คำแนะนำในการให้คะแนน

วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนแต่ละข้อคือการประเมินความรุนแรงของความคิดที่ผิดที่เกิขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว

ตัวเลือกที่มีเป็นเพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่เลือกรูปตัวเลือก

สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ 1/2 คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

1. อารมณ์ครื้นเครง

0. ไม่มี

FCU คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจเพิ่มขึ้นจากการติดตาม

2. อารมณ์ครื้นเครงอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย, มองโลกในแง่ดี, มั่นใจตัวเอง, ร่าเริง,

อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว

3. อารมณ์ครื้นเครงมาก, ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว ; มีอารมณ์ขึ้นตลอดเวลา

4. สุกสกปรกครื้นเครง ; หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม ; ร้องเพลงที่แปลกไม่สมเหตุสมผล

2. การเพิ่มขึ้นของการทำงานที่กิจกรรม การเคลื่อนไหว

0. ไม่มี

FCU คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2. กระบี่ที่กระปรี่ๆ ร่าเริง ; แสดงท่าทางมากขึ้น

3. มีพลังเหลือเฟือ ; ทำกิจกรรมมากขึ้นเป็นบางครั้ง ; อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)

4. ท่าทางตื่นตัวมาก ; ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

3. ความสนใจทางเพศ

0. ปกติ, ไม่เพิ่มขึ้น

FCU คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น

2. เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย จากการติดตาม

3. ชูชคุยถึงเรื่องทางเพศขึ้นมาเอง ; ต่อเนื่องรายละเอียดเนื้อหาเรื่องทางเพศ ; ชูชถึงตัวเองว่ามีความต้องการ

พจนานุกรม

4. แสดงพฤติกรรมทางอารมณ์กับใคร (ยกเว้น) พ่อแม่, เจ้านายที่เรารู้จักมาเสมอ

4. ความชอบหลับ

PCU/PMU =

- 0. รายงานว่าท่านชอบหลับในตลอด
- 1. ชอบหลับน้อยกว่าปกติประมาณ 1 ชั่วโมง
- 2. ชอบหลับน้อยกว่าปกติมากกว่า 1 ชั่วโมง
- 3. รายงานว่าความถี่ของการนอนหลับลดลง
- 4. ปฏิเสธความถี่ของการนอนหลับ

5. ความ หงุดหงิด

PCU/PMU =

- 0. ไม่มี
- 1. หงุดหงิดมากขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย
- 2. หงุดหงิดรุนแรงขึ้นระหว่างสัมภาษณ์บางครั้ง ; แสดงความโกรธ หรือแสดงความสำคัญเป็นครั้ง ๆ ในขณะที่ยังอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาไม่นานมานี้
- 3. มีอาการหงุดหงิดรุนแรงขึ้นระหว่างสัมภาษณ์ ; แสดงมารยาทไม่ดีตลอดเวลา
- 4. ท้าทายการราว ไม่เป็นมิตร , ไม่ให้ความร่วมมือ ; ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้

6. การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด)

PCU/PMU =

- 0. ไม่เพิ่มขึ้น
- 1. รู้สึกว่าช้าลงพูดคุย
- 2. พูดเร็วขึ้น หรือพูดมากขึ้นเป็นบางครั้ง ; พูดมากขึ้นความจำเป็น ในบางครั้ง
- 3. พูดอย่างรวดเร็ว ; พูดเร็วขึ้นหรือพูดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ; ยากที่จะขัดจังหวะ
- 4. พูดอย่างเร็ว ; ไม่สามารถขัดจังหวะการพูดได้ , พูดตลอดเวลา

7. ภาษา- ความลึกซึ้งของความคิด

PCU/PMU =

- 0. ไม่มี
- 1. พูดอย่างชัดเจน ; ครอบคลุมง่ายเล็กน้อย , ความคิดเร็ว
- 2. ครอบคลุมง่าย ; ไม่มีจุดเน้นของความคิด ; เปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อย , ความคิดแล่นเร็ว
- 3. ความคิดแล่นเร็วมากหลายเรื่อง ; พูดไม่ตรงประเด็น ; คิดถามเนื้อหาของเรื่องได้ยาก , พูดเป็นจังหวะ คล่องจอง , พูดคำหรือประโยคสั้น ๆ
- 4. เนื้อหาคำพูดไม่ปะติดปะต่อ ; ไม่สามารถทำการสื่อสารได้

8. เนื้อหาความคิด

PCU/PMU =

- 0. ปกติ
- 1. นำสิ่งอื่นมาเกี่ยวข้อง , มีความสนใจเรื่องใหม่ ๆ

2. มีโครงการพัฒนาตนเองหรือวิชาชีพ ; สนใจงานของตนเอง
3. ความกระตือรือร้นในความดีของตนเองสูง ; รับผิดชอบสูง
4. ความรับผิดชอบ ; ประสิทธิภาพ

9. พฤติกรรมความสัมพันธ์กับผู้อื่น

PCMM =

0. ไม่มี , ไม่มีความร่วมมือ
1. ขาดทวิบนสนใจ ; เสียใจบ้างเวลา , ระยะเวลาบ้าง ปักปองตัวเอง
2. ต้องการความช่วยเหลือ ; ความรู้หรือประสบการณ์ที่อยู่นอกเหนือของเจ้าหน้าที่
3. มีความรู้ ; อดทน ; ทำการสิ่งที่ไม่อยาก
4. ใจกว้าง ; พฤติกรรมแสดงการช่วยเหลือ ; ไม่สามารถทำการสิ่งที่ไม่อยาก

10. ลักษณะภายนอก การแต่งตัว

PCMM =

0. สวมใส่เสื้อผ้าและแต่งตัวอย่างเหมาะสม
1. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อย
2. แต่งกายไม่เรียบร้อย ; อดทนบ้าง ; แต่งตัวมากเกินไป
3. อดทนบ้าง แต่งตัวไม่สะอาด ; ใส่เสื้อผ้าไม่ปกปิดมิดชิด ; แต่งหน้าเข้มจัด
4. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อยเลย ; ใส่เครื่องประดับมากเกินไป ; ใส่เสื้อผ้าแปลก ๆ

11. ความเข้าใจตนเอง

PCMM =

0. มีความเข้าใจตนเอง ; ยอมรับว่ามีความเจ็บป่วย ; ต้องการการรักษา
1. สงสัยว่าตนเองอาจเจ็บป่วย
2. ยอมรับว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง , แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
3. ยอมรับว่าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง , แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
4. ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

คะแนนรวม =
ชื่อผู้ประเมิน.....

Thai Young Mania Rating Scale

ชื่อ-นามสกุล

อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน.....

HN

Diagnosis.....

YOUNG MANIA RATING SCALE

คำแนะนำในการให้คะแนน

วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนแต่ละข้อคือการประเมินความรุนแรงของความคิดปกติกี่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกให้คะแนนเพียงข้อเดียว

ตัวเลือกที่ให้เป็นเพียงแนวทาง ถ้าจำเป็นอาจจะให้คะแนนโดยไม่ต้องใช้ตัวเลือก

สามารถให้คะแนนระหว่างตัวเลือกได้ (1 หรือ 1/2 คะแนน) ในกรณีที่ระดับความรุนแรงไม่ได้เป็นไปตามตัวเลือกที่ให้ไว้

1. อารมณ์คว้านเครง

0. ไม่มี

คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจลดลงจากการซักถาม

2. อารมณ์คว้านเครงอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย, มองโลกในแง่ดี, มั่นใจตัวเอง, ร่าเริง,

อารมณ์เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว

3. อารมณ์คว้านเครงมาก, ไม่เหมาะสมกับเนื้อหาเรื่องราว ; มีอารมณ์ขันตลอดเวลา

4. สนุกสนานคว้านเครง ; หัวเราะอย่างไม่เหมาะสม ; ร้องเพลงขึ้นมาไม่เหมาะสมเลย

2. การเพิ่มขึ้นของการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว

0. ไม่มี

คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย

2. กระวนกระวาย ร่าเริง ; แสดงท่าทางมากขึ้น

3. มีพลังเหลือเฟือ ; ทำกิจกรรมมากเกินไปบางครั้ง ; อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย (สามารถทำให้สงบได้)

4. ทำทางตื่นตัวมาก ; ทำกิจกรรมมากตลอดเวลา (ไม่สามารถทำให้สงบได้)

3. ความสนใจทางเพศ

0. ปกติ, ไม่เพิ่มขึ้น

คะแนน =

1. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรืออาจจะเพิ่มขึ้น

2. เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนโดยความรู้สึกของผู้ป่วย, จากการศึกษา

3. พยายามถึงเรื่องทางเพศกับตนเอง ; คอยมองหาละเมิดเนื้อหาเรื่องทางเพศ ; พยายามถึงเรื่องที่มีความต้องการ

ทางเครื่อง

4. แสงหรือเสียงรบกวนจากเครื่องใช้ (หลอดไฟ, เครื่องใช้ที่เชื่อมต่อในรถ)

4. การนอนหลับ

คะแนน =

- 0. รายงานว่าการนอนหลับไม่ลดลง
- 1. นอนหลับน้อยกว่าปกติประมาณ 1 ชั่วโมง
- 2. นอนหลับน้อยกว่าปกติมากกว่า 1 ชั่วโมง
- 3. รายงานว่าความต้องการนอนหลับลดลง
- 4. ปฏิเสธความต้องการในการนอนหลับ

5. ความ หงุดหงิด

คะแนน =

- 0. ไม่มี
- 1. หงุดหงิดมากขึ้นโดยความรู้สึกของผู้ป่วย
- 2. หงุดหงิดรุนแรงระหว่างสัมภาษณ์บางครั้ง ; แสดงความโกรธ หรือแสดงความสำคัญเป็นช่วง ๆ ในขณะที่ยังอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาไม่นานมานี้
- 3. มีอาการหงุดหงิดรุนแรงระหว่างสัมภาษณ์ ; แสดงมารยาทในลักษณะเวลา
- 4. ท้าทายก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร , ไม่ให้ความร่วมมือ ; ไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้

6. การพูด (อัตราเร็วและจำนวนคำพูด)

คะแนน =

- 0. ไม่เพิ่มขึ้น
- 1. รู้สึกว่าช้าลง
- 2. พูดเร็วขึ้น หรือพูดมากขึ้นในบางครั้ง , พูดมากขึ้นความจำเป็น ในบางครั้ง
- 3. พูดอย่างรวดเร็ว ; พูดเร็วขึ้นหรือพูดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ; ยากที่จะฟังจังหวะ
- 4. พูดอย่างประหลาด ; ไม่สามารถฟังจังหวะการพูดได้ , พูดตลอดเวลา

7. ภาษา- ความผิดปกติของความคิด

คะแนน =

- 0. ไม่มี
- 1. พูดซ้ำ ๆ ; วลีวนเวียนเล็กน้อย , ความคิดเร็ว
- 2. วลีวนเวียน ; ไม่มีจุดหมายของความคิด ; เปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อย , ความคิดแล่นเร็ว
- 3. ความคิดแล่นเร็วมากหลายเรื่อง ; พูดไม่ตรงประเด็น ; ติดตามเนื้อหาของเรื่องได้ยาก , พูดเป็นจังหวะคล่องจอง , พูดคำหรือประโยคซ้ำ ๆ
- 4. เมื่อนำคำพูดไปใช้ผิดปะทะ ; ไม่สามารถทำการสื่อสารได้

8. เนื้อหาความคิด

คะแนน =

- 0. ปกติ
- 1. นำสิ่งอื่นมาเกี่ยวข้อง , มีความสนใจเรื่องใหม่ ๆ

2. มีโครงการพิเศษที่เน้นที่พัฒนาโครงการ ; สนใจภาคเอกชนมาก
3. ความตั้งใจไม่ใจในความดูแลของสภาวิชาชีพหรือสภาวิชาชีพ ; มีความสนใจสูงเป็นพิเศษ
4. ความตั้งใจสมัคร ; ประเภทของ

9. พฤติกรรมภายความรุนแรง-ก้าวร้าว

คะแนน =

0. ไม่มี , ไม่มีความรุนแรง
1. ขูดทึ้งเงินและ ; เสียถึงบางเวลา , ระแวงระวัง ปกป้องตัวเอง
2. เบื่กรองความเคียดแค้นมาก ; ทุกคามรู้สึกขณะที่ยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่
3. ทุกคามรู้สึกแค้น ; ตะบั่น ; ทำการรังแกคนอื่นได้มาก
4. รุ้ใจมทำร้าย ; พฤติกรรมแสดงการทำร้าย ; ไม่สามารถทำการรังแกคนอื่นได้

10. ลักษณะภายนอก การแต่งตัว

คะแนน =

0. สวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องแต่งกายเหมาะสม
1. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อยบ้าง
2. แต่งกายไม่เรียบร้อย ; แต่งสูงตึง ; แต่งตัวมากเกินไป
3. แต่งเป็นกระเชิง เสื้อผ้าไม่สะอาด ; ใส่เสื้อผ้าไม่ปกปิดมิดชิด ; แต่งท้วมทึบจัด
4. แต่งกายไม่สะอาดเรียบร้อยเลย ; ใส่เครื่องประดับมากเกินไป ; ใส่เสื้อผ้าแปลก ๆ

11. ความเข้าใจตนเอง

คะแนน =

0. มีความเข้าใจตนเอง ; ยอมรับว่ามีข้อบกพร่อง ; ต้องการการศึกษา
1. สงสัยว่าตนเองอาจจะเจ็บป่วย
2. ยอมรับว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง , แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
3. ยอมรับว่าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง , แต่ปฏิเสธความเจ็บป่วย
4. ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

คะแนนรวม =
ชื่อผู้ประเมิน.....

แบบประเมินHoNOSCA

คำแนะนำสำหรับการให้คะแนน ควรให้คะแนนเรียงตามลำดับจากข้อ 1-14

1. ให้คะแนนเรียงตามลำดับข้อ 1-13 ตามด้วยข้อ 14-15 ถ้าจำเป็น
2. ไม่มาข้อมูลจากข้อก่อนๆมาให้คะแนนในข้อปัจจุบัน
3. ในแต่ละข้อ ให้คะแนนจากปัญหาที่รุนแรงที่สุดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ให้คะแนน
4. ให้คะแนนโดย

0 = ไม่มีปัญหานั้น	1 = ปัญหาเป็นครั้งคราว ไม่จำเป็นต้องจัดการอะไร
2 = ปัญหาเล็กน้อยแต่มีอยู่ตลอด	3 = ปัญหาปานกลาง
4 = ปัญหารุนแรงหรือรุนแรงมาก	9 = ถ้าไม่รู้หรือไม่เข้ากับข้อไหนเลย

ส่วนที่ 1

ข้อ 1 ปัญหาด้านพฤติกรรมทำลาย, ต่อต้านสังคม หรือ ก้าวร้าว (HoNOSCA 1 –AGGRESSION)

รวมพฤติกรรมไม่ว่าเกิดจากโรคใดๆเช่นโรคซึมเศร้า ออทิสซึม ยาหรือสารเสพติด เหล้า รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าวทางเพศ วาจา เช่น สบถ ด่า ส่อเสียด เป็นต้น หรือการทำทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศต่อตัวคนอื่น รวมถึงพฤติกรรมต่อต้านสังคมเช่น ขโมย โภก โภช หนีออกจากรักษา เป็นต้น หรือ พฤติกรรมคือ ต่อต้านต่อผู้ปกครอง เช่น ร้องเรียนอาชญากร (tantrums) เป็นต้น ไม่รวมถึงการขู่ไม่มีแรง (ข้อ 2) ,การไม่ยอมไปโรงเรียน (ข้อ 13)

คะแนน	รายละเอียด	แทรก	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหา ก้าวร้าว		
1	ทะเลาะ ทุกลหรือเกินควรหรือมีพฤติกรรมเรียกร้องเป็นครั้งคราวแต่ส่วนใหญ่สงบได้ ก้าวร้าว verbal calm down พ้องแมงจำกัดพฤติกรรม		
2	ทำลายทรัพย์สินเล็กน้อย หรือก้าวร้าว เป็นครั้งคราว ก้าวร้าว verbal calm down พ้องแมงจำกัดพฤติกรรม physical restrain, chemical oral restrain		
3	พฤติกรรมก้าวร้าวเช่น ต่อสู้ หรือข่มขู่ซ้ำๆ หรือ ดื้อมากๆ หรือมีพฤติกรรมเหลวไหล ไม่ รับผิดชอบ หรือทำลายทรัพย์สินปานกลาง ก้าวร้าว verbal calm down พ้องแมงจำกัดพฤติกรรม physical restrain, chemical oral/intramuscular/intravenous restrain		
4	มีพฤติกรรมทำลายเกือบทุกกิจกรรม หรือการทำร้าย คน สัตว์ ถึงสองอย่างรุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง ก้าวร้าว verbal calm down พ้องแมงจำกัดพฤติกรรม physical restrain, chemical oral/intramuscular/intravenous restrain, Refer		

ข้อ 2 ปัญหาเรื่อง การอยู่ไม่นิ่ง และ การขาดสมาธิ (HoNOSCA 2 -ADHD)

รวมถึงภาวะอยู่ไม่นิ่งจากทุกสาเหตุ เช่น โรคสมาธิสั้น โรคอารมณ์แปรปรวนหรืออา... รวมถึงปัญหาเรื่องชน กระสับกระส่าย เวลาอยู่ขาดสมาธิ จากทุกสาเหตุรวมถึงภาวะซึมเศร้า

คะแนน	รายละเอียด	แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหา เมื่าระวัง		
1	อยู่ไม่นิ่งหรือกระสับกระส่ายเล็กน้อยเป็นครั้งคราว แต่ส่วนใหญ่สงบได้ เมื่าระวัง หากสาเหตุที่กระตุ้น		
2	อยู่ไม่นิ่งและ/หรือขาดสมาธิชัดเจนมักจะควบคุมไม่ได้ด้วยตัวเด็กเองหรือการเตือน เมื่าระวัง หากสาเหตุที่กระตุ้น verbal calm down		
3	อยู่ไม่นิ่งและ/หรือขาดสมาธิมากและบางครั้งควบคุมไม่ได้ด้วยตัวเด็กเองหรือการเตือน เมื่าระวัง หากสาเหตุที่กระตุ้น verbal calm down ต้องแยกจำกัดพฤติกรรม physical restrain, chemical oral restrain		
4	อยู่ไม่นิ่งและ/หรือขาดสมาธิรุนแรงในเกือบทุกกิจกรรมและส่วนใหญ่ควบคุมไม่ได้ด้วยตัวเด็ก เองหรือการเตือน เมื่าระวัง หากสาเหตุที่กระตุ้น verbal calm down ต้องแยกจำกัดพฤติกรรม physical restrain, chemical oral restrain , พิจารณา intramuscular/intravenous restrain		

ข้อ 3 การทำร้ายตนเองที่ไม่เกิดจากอุบัติเหตุ (HoNOSCA 3 -SUICIDE)

รวมถึงการทำร้ายตนเอง เช่น คิดเอง และการเขียนตนเองด้วยมีด การพยายามฆ่าตัวตาย การทานยาเกินขนาด การแสร้งตาย การ
จมน้ำฆ่าตัวตาย เป็นต้น ไม่รวมถึง การ ถังแสบ และ เภฯ จากโรคฝ่ายกาย ถ้ามีให้ตอบข้อ 6 ไม่รวมถึง การทำร้ายตนเองจากอุบัติเหตุ จากความ
บกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disability) หรือ ความพิการด้านร่างกาย หรือความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากผลโดยตรงของยา หรือสุรา ถ้า
มีให้ตอบข้อ 6

คะแนน	รายละเอียด	แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหา เมื่าระวัง		
1	คิดเรื่องความตายเป็นครั้งคราวแต่ไม่มีการทำร้ายตนเองหรือความคิดฆ่าตัวตาย เมื่าระวัง counseling, supportive treatment		
2	มีความคิดฆ่าตัวตายชัดเจนหรือการทำร้ายตนเองแบบไม่รุนแรงเช่นการกัดข้อมือ เป็นต้น เมื่าระวัง counseling, supportive treatment, chemical oral restrain สดวิตกกังวล/ พฤติกรรมรุนแรง		
3	มีความตั้งใจฆ่าตัวตายปานกลางรวมถึงการเตรียมการเช่น สะสมยา เป็นต้น หรือการทำร้าย ตนเอง(ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย) เช่น กินยาเกินขนาดเล็กน้อย เป็นต้น เมื่าระวัง counseling, supportive treatment, chemical oral /intramuscular/ intravenous restrain, สดวิตกกังวล/พฤติกรรมรุนแรง ปฐมพยาบาลเบื้องต้น		
4	การพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรงเช่น กินยาเกินขนาดมากๆ เป็นต้น และ/หรือ เจตนาทำร้าย ตนเอง เมื่าระวัง counseling, supportive treatment, chemical oral /intramuscular/ intravenous restrain, สดวิตกกังวล/พฤติกรรมรุนแรง ปฐมพยาบาลเบื้องต้น Refer พ.จิต เวชชนแล่น/ECT		

ข้อ 4 ปัญหาเรื่องการใช้สุรา สารเสพติด สารระเหย แบบผิดๆเมื่อเทียบกับปริมาณในสิ่งของอื่น ไม่รวมเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลาย

รวมถึง ปัญหาการใช้สุรา สารเสพติด สารระเหย แบบผิดๆเมื่อเทียบกับปริมาณในสิ่งของอื่น ไม่รวมเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลาย จากสุรา หรือ ยา ถ้ามีให้ตอบข้อ 1 การบาดเจ็บทางร่างกายหรือความพิการจากการใช้สุราหรือ ยา ถ้ามีให้ตอบข้อ 6

คะแนน	รายละเอียด	พหุรับ	ก่อนจำหน่วย
0	ไม่มีปัญหา เฝ้าระวัง		
1	การใช้สุราหรือยาปริมาณเล็กน้อย เฝ้าระวัง BA		
2	การใช้สุราหรือยาเกินขนาด เฝ้าระวัง BI		
3	ปัญหารุนแรงปานกลางจากการใช้สุราหรือยาเมื่อเทียบกับคนอื่น เฝ้าระวัง MET/MI		
4	ปัญหาการใช้สุราหรือยาชนิด หรือเสียบความสามารถในการเรียนทำงาน เฝ้าระวัง MET/Mastic, CPG substance, พักสุราประมาณ 28 วัน, Refer พ.จิตเวช ขอนแก่น, plan ward lpd		

ข้อ 5 ปัญหาการเรียนหรือทักษะทางด้านภาษา (HoNOSCA 5 -LD)

รวมถึง ปัญหาการอ่าน การสะกด คณิตศาสตร์ ปัญหาการพูดหรือการใช้ภาษาทุกอย่างเช่น ปัญหาพัฒนาการการเรียนรู้เฉพาะด้านหรือ ความพิการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องเช่น ปัญหาการได้ยิน เป็นต้น รวมถึงความสามารถในการเรียนคหน้อยของจากปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ไม่เป็นธรรมเด็กที่บกพร่องการเรียนรู้ที่มีถึง 2 ชั้นเรียนขึ้นไป ไม่รวมเป็นปัญหาชั่วคราวที่เกิดจากการได้รับการศึกษาที่ไม่เพียงพอ

คะแนน	รายละเอียด	พหุรับ	ก่อนจำหน่วย
0	ไม่มีปัญหา เฝ้าระวัง เสริมแรง		
1	บกพร่องเล็กน้อยอยู่ในเกณฑ์ปกติ เฝ้าระวัง เสริมแรง การบ้าน		
2	บกพร่องชัดเจนและมีนัยสำคัญทางคลินิก เสริมแรง วินิจฉัย พักสิทธิ์ ให้คำปรึกษาเรื่องสิทธิ์ ประเมินใจร่วม EP		
3	มีปัญหาอันสามารถด้วยหรือต่ำกว่าความคาดหวังบนพื้นฐานของสติปัญญา,ความสามารถที่เคย ทำได้มาก่อน,ความพิการทางร่างกาย เสริมแรง วินิจฉัย พักสิทธิ์ ให้คำปรึกษาเรื่องสิทธิ์ ประเมินใจร่วม ปรึกษาใจร่วม EP		
4	บกพร่องรุนแรงเมื่อเทียบกับความคาดหวังบนพื้นฐานของสติปัญญา,ความสามารถที่เคยทำ ได้มาก่อน,ความพิการทางร่างกาย เสริมแรง วินิจฉัย พักสิทธิ์ ให้คำปรึกษาเรื่องสิทธิ์ ประเมินใจร่วม ปรึกษาใจร่วม IEP		

ข้อ 6 โรคทางกายหรือความพิการ (HoNOSCA 6 -BODY)

รวมถึง โรคทางกายหรือความพิการที่จำกัดการเคลื่อนไหว, การเห็นหรือการได้ยินหรืออื่นๆ ที่รบกวนความสามารถในการดูแลตนเอง (รวมถึงโรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ (movement disorder) ,ผลข้างเคียงจากยา, อาการทางกายจากการใช้สุราหรือสารเสพติดหรือผลแทรกซ้อนจากโรคทางจิตเวช เช่น ปวดหัวคลื่นรุนแรง เป็นต้น รวมถึงผลที่ตามมาจากการทำร้ายตนเอง เช่น แผลหัวใจ เป็นต้น
ไม่รวมถึงอาการทางกายที่ตรวจไม่พบความผิดปกติทางกาย ถ้ามีให้ตอบข้อ 8

คะแนน	รายละเอียด	แรกจับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่พบปัญหาสุขภาพกายในช่วงนี้ เผื่อระวัง		
1	ปัญหาทางกายเล็กน้อย เช่น หัวใจ หกล้มเล็กน้อย เป็นต้น เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา/ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ได้)		
2	ปัญหาทางกายเล็กน้อย แต่จำกัดความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา/ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ได้/แพทย์ประเมินอาการด้วยตนเอง)		
3	ปัญหาทางกายจำกัดกิจวัตรประจำวันปานกลาง เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา/ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แพทย์ประเมินอาการด้วยตนเอง)		
4	ปัญหาทางกายรุนแรงจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา/ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ /พิจารณาส่งต่อ (แพทย์ประเมินอาการด้วยตนเอง)		

ข้อ 7 ปัญหาเกี่ยวกับอาการหลอนและความคิดหลงผิด (HoNOSCA 7 -PSYCHOSIS)

รวมถึงอาการหลอนและความคิดหลงผิดไม่จำแนกจำแนกหน้าที่วินิจฉัยหรือไม่ชัดเจน รวมถึงพฤติกรรมแปลกประหลาดที่เกี่ยวข้องกับอาการหลอนและความคิดหลงผิด รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ผิดปกติ เช่น ภาพหลอน หรือ อาการหลอนทางหู ไม่รวมพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายที่เกี่ยวข้องกับอาการหลอนและความคิดหลงผิด ถ้ามีให้ตอบ ข้อ 1 พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับอาการหลอนและความคิดหลงผิด ถ้ามีให้ตอบข้อ 2

คะแนน	รายละเอียด	แรกจับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีหลักฐานของอาการหลอนและความคิดหลงผิดขณะเป็นภาษา เผื่อระวัง		
1	มีความเชื่อแปลกๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับค่านิยมศาสนวัฒนธรรม เผื่อระวัง สังเกตพฤติกรรม ป้องกันรบกวนคนอื่น		
2	มีความคิดหลงผิดหรืออาการหลอนเช่น เสียง, ภาพ เป็นต้น หรือการรับรู้ผิดปกติอื่นๆที่มี พฤติกรรมประหลาดหรือหุนหันพลุ่งพลั้งเล็กน้อย คือมีอาการทางคลินิกลึกเล็กน้อย เผื่อระวัง สังเกตพฤติกรรม ป้องกันรบกวนคนอื่น ประเมินผลกระทบ verbal calm down, Behavioral modification, Relaxation technique, Anger management, เบี่ยงเบน ความสนใจ distraction		
3	หมกมุ่นกับความคิดหลงผิด, อาการหลอนหรือการรับรู้ผิดปกติมากทำให้หุนหันพลุ่งพลั้ง พฤติกรรมประหลาดชัดเจน คือ มีอาการทางคลินิกรุนแรงปานกลาง พิจารณา chemical oral restrain		
4	สภาพจิตและพฤติกรรมถูกกระทบอย่างรุนแรงจากความคิดหลงผิด, อาการหลอนหรือการรับรู้ ผิดปกติร่วมกับมีผลกระทบรุนแรงต่อเด็กและวัยรุ่นหรือผู้อื่น พิจารณา intramuscular/ intravenous restrain		

ข้อ 8 ปัญหาเกี่ยวกับอาการทางกายที่ไม่มีสาเหตุทางกาย (non organic) (HONOSCA 8 -NON ORGANIC)

รวมถึงปัญหาอาการระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน เป็นคลื่น,ระบบหัวใจและหลอดเลือด,ระบบประสาทหรือปัสสาวะหรืออุจจาระราด
ที่ไม่เกิดจากโรคทางกายหรือปัญหาการนอนหรือการเคลื่อนไหวอื่น ๆ ไม่รวมถึงโรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ(movement disorder)เช่น tics เป็น
ต้น ถ้ามีข้อ 6 โรคทางกายที่แทรกซ้อนจากอาการที่ไม่มีสาเหตุทางกาย ถ้ามีข้อ 6

คะแนน	รายละเอียด	แรกเริ่ม	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหาในขณะสัมภาษณ์ เผื่อระวัง		
1	ปัญหาเล็กน้อยเช่น ปัสสาวะราดเป็นครั้งคราว ปัญหาการนอนเล็กน้อย ปวดหัว ปวด ท้องที่ไม่มีสาเหตุทางกาย เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล สังเกตอาการ psychosupport		
2	มีปัญหาชัดเจนแต่เล็กน้อยเกี่ยวกับอาการทางกายที่ไม่มีสาเหตุทางกาย เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล สังเกตอาการ psychosupport รายงานแพทย์พิจารณา chemical oral restrain (รับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ได้)		
3	อาการรุนแรงปานกลางทำให้จำกัดกิจกรรมพอสมควร เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล สังเกตอาการ psychotherapy รายงานแพทย์พิจารณา chemical oral restrain (รับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ได้)		
4	มีอาการรุนแรงมากเกือบทุกกิจกรรม เด็กได้รับผลกระทบอย่างมาก เผื่อระวัง ปฐมพยาบาล สังเกตอาการ psychotherapy รายงานแพทย์พิจารณา chemical oral restrain (รับคำสั่งแพทย์ทางโทรศัพท์ได้), แพทย์ประเมินสั่งพิจารณา intramuscular/ intravenous restrain(แพทย์ประเมินอาการด้วยตนเอง)		

ข้อ 9 ปัญหาเกี่ยวกับอาการทางอารมณ์และอาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (HONOSCA 9 -MOOD)

ให้คะแนนเฉพาะอาการทางคลินิกที่รุนแรงที่สุด ไม่พิจารณาอาการก่อนหน้า รวมถึงภาวะซึมเศร้า,วิตกกังวล,กลัว,อาการย้ำคิด
ย้ำทำ รวมถึงโรคการกินผิดปกติ ไม่รวมพฤติกรรมก้าวร้าว
ทำสายหรืออยู่ไม่นิ่งจากความกลัว ถ้ามีให้ข้อ 1
ไม่รวมภาวะแทรกซ้อนทางกายของโรคทางจิตเวชเช่น น้ำหนักลดมากๆ เป็นต้น ถ้ามีให้ข้อ 6

คะแนน	รายละเอียด	แรกเริ่ม	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่พบอาการซึมเศร้า วิตกกังวล, ความกลัวในขณะสัมภาษณ์ เผื่อระวัง		
1	มีอาการกังวล,เศร้าเล็กน้อย หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงชั่วครู่ เผื่อระวัง psychosupport		
2	มีอาการทางคลินิกด้านอารมณ์เล็กน้อยหรือรุนแรงและเด็กคุมตนเองได้ เผื่อระวัง psychotherapy		
3	หนักแน่นกับภาวะอารมณ์มากทำให้รบกวนบางกิจกรรมและคุมไม่ได้บ้างครั้ง พิจารณา chemical oral restrain : Tranquilizer/antidepressant/anxiolytic drug		
4	อาการด้านอารมณ์มีผลในเกือบทุกกิจกรรมและเกือบจะคุมไม่ได้เลย พิจารณา chemical oral restrain ร่วมกับ chemical intramuscular/ intravenous restrain : Tranquilizer/ antidepressant /anxiolytic drug		

ข้อ 10 ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน (HoNOSCA 10 -SOCIAL)

รวมถึงปัญหาเรื่องเพื่อนที่โรงเรียนและเครือข่ายสังคม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแยกตัวของตนเองหรือถูกทำให้แยกตัวจากสังคมหรือปัญหาเรื่องรบกวนผู้อื่นมากเกินไปหรือปัญหาเรื่องความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่น่าพอใจกับเพื่อน รวมถึงการถูกสังคมปฏิเสธจากพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรังแก ไม่รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าว,รบกวน ถ้ามีให้ตอบข้อ 12 ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือพี่น้อง ถ้ามีให้ตอบข้อ 12

คะแนน	รายละเอียด	แรกจับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหา แม้กระทั่ง		
1	ปัญหาเล็กน้อยหรือชั่วคราวและการแยกตัวจากสังคมเป็นบางครั้ง แม้กระทั่ง Basic counseling		
2	ปัญหาชัดเจนในการสร้างหรือคงความสัมพันธ์กับเพื่อน เกิดความทุกข์จากการแยกตัวจากสังคม,การรบกวน,การถูกปฏิเสธและการถูกรังแก Social skill training คันทาสาเหตุ แก้ไข		
3	ปัญหาหนักจากการแยกตัวของตนเองหรือถูกทำให้แยกตัวจากสังคม,การรบกวนผู้อื่นมากเกินไปและหรือความสัมพันธ์ที่แทบจะไม่มีหรือช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว,สังคม เช่นการถูกรังแกอย่างรุนแรง Social skill training คันทาสาเหตุ แก้ไข พิจารณาให้ยาจิตเวชโรคร่วมที่มี		
4	การแยกตัวจากสังคมอย่างรุนแรงไม่มีเพื่อนจากการไม่ทราบหรือสารอาหารอันดีและหรือแยกตัวจากความสัมพันธ์ทางสังคม Social skill training คันทาสาเหตุ แก้ไข พิจารณาให้ยาจิตเวชโรคร่วมที่มี เยี่ยมบ้าน เยี่ยมโรงเรียน		

ข้อ 11 ปัญหาเรื่องการดูแลตนเองและการพึ่งตนเอง (HoNOSCA 11 -SELF CARE)

ให้คะแนนความสามารถในการทำงานโดยรวมทั้ง ปัญหาเกี่ยวกับพื้นฐานการดูแลตนเองเช่น การกินอาหาร การซักผ้า การแต่งตัว การเก็บของน้ำ รวมถึงความสามารถที่ซับซ้อนขึ้นเช่น การจัดการเงิน,การพึ่งพิงด้วยตนเอง,การซื้อของ เป็นต้น โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานความยากเด็ก รวมถึงความสามารถที่ไม่ดีจากการขาดแรงจูงใจ ไม่รวมการขาดโอกาสในการฝึกกิจกรรมและความสามารถต่างๆซึ่งอาจเกิดขึ้นในครอบครัวที่เข้มงวดเกินไป ถ้ามีให้ตอบข้อ 12 การโง่เง่าหรือดูจางเรวาค ถ้ามีให้ตอบข้อ 8

คะแนน	รายละเอียด	แรกจับ	ก่อนจำหน่าย
0	ไม่มีปัญหา,มีความสามารถที่ดีตลอดเวลา แม้กระทั่ง		
1	ปัญหาเล็กน้อย เช่น ไม่มีระเบียบ,ไม่มีระบบ เป็นต้น Behavioral modification		
2	การดูแลตนเองพอใช้ได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนได้อย่างน้อย 1 อย่าง AADL		
3	ปัญหาในการดูแลตนเองอย่างน้อย 1 อย่าง การกิน,การซักผ้า,การแต่งตัวหรือไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนหลายอย่าง BADL		
4	ปัญหารุนแรงในเกือบทุกด้านของการดูแลตนเองและ/หรือการทำงานที่ซับซ้อน จัดผู้ดูแล 1-2 มีกBADL 1 อย่าง		

ส่วนข้อ 2 เกี่ยวกับปัญหาของเด็ก ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการ ซึ่งอาจไม่เป็นการวัดคุณภาพเชิงลึกตรงๆ แต่การเปลี่ยนแปลงอาจมีผลต่อชีวิตของเด็ก

**ข้อ 14 ปัญหาความรู้,ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหาเด็ก/วัยรุ่น(ในช่วง 2 ปีล่าสุดที่ผ่านมา)
(HoNOSCA 14 -INFORMATION)**

รวมถึง การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เด็ก/วัยรุ่น ขาดข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือขาดความเข้าใจ
รวมถึง การขาดคำอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและสาเหตุของปัญหาหรือการพยากรณ์โรค

คะแนน	รายละเอียด	แรกเริ่ม	กึ่งนจำหน่วย
0	ไม่มีปัญหา ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเด็กพอเพียง เมื่อจำเป็น		
1	ปัญหาเล็กน้อย Psychoeducation		
2	ปัญหาเล็กน้อยแต่ชัดเจน Psychoeducation, counseling		
3	ปัญหารุนแรงปานกลาง ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีความรู้เพียงเล็กน้อย หรือมีคำถามเกี่ยวกับปัญหา ซึ่งอาจทำให้ถึงกับนอนหรือทำหัตถิตนเอง Psychoeducation, counseling คำปรึกษาและการให้ความเข้าใจ ประเมิน/ตาม		
4	ปัญหารุนแรงมาก ผู้ปกครองไม่เข้าใจธรรมชาติของปัญหาเด็กเลย Psychoeducation, counseling คำปรึกษาและการให้ความเข้าใจ ประเมิน/ตาม สนับสนุนให้ร่วมที่อาจพบ		

ข้อ 15 ปัญหาเรื่องการขาดข้อมูลเกี่ยวกับบริการหรือการจัดการปัญหาเด็ก/วัยรุ่น (HoNOSCA 15 -SERVICE)

รวมการที่ผู้ปกครอง,ผู้ดูแล,คนพาา,เด็กและวัยรุ่นขาดข้อมูลที่เป็ประโยชน์ ร่วมการขาดข้อมูลเกี่ยวกับวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการวินิจฉัย
ได้รับบริการเช่น การจัดการดูแล,สถานศึกษาหรือการบรรเทาอาการ

คะแนน	รายละเอียด	แรกเริ่ม	กึ่งนจำหน่วย
0	ไม่มีปัญหา ผู้ปกครองรับรู้ถึงกรบริการที่จำเป็นทุกอย่าง เมื่อจำเป็น		
1	ปัญหาเล็กน้อย Psychoeducation		
2	ปัญหาเล็กน้อยแต่ชัดเจน Psychoeducation, counseling		
3	ปัญหารุนแรงปานกลาง ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเล็กน้อยเกี่ยวกับบริการที่เหมาะสม หรือที่ถึงสภาพไม่แน่ใจว่าควรให้เด็กอยู่ที่ไหน อย่างไร Psychoeducation, counseling สืบค้นข้อมูลจากชุมชน/ครอบครัว/โรงเรียน		
4	ปัญหารุนแรงมาก ผู้ปกครองไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่เหมาะสมหรือที่ถึงสภาพไม่รู้วิธี ควรให้เด็กอยู่ที่ไหน อย่างไร Psychoeducation, counseling สืบค้นข้อมูลจากชุมชน/ครอบครัว/โรงเรียน ถึงพบ จนกระทั่งประสานวางส่งต่อถึงสถานรับเลี้ยง ภาที่เสริมสร้าง		



LD-form ๑๐-๐๒-๒๕๕๙ (แก้ไขครั้งที่ ๑)

วันที่.....

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เรียน คุณครูประจำชั้น

เนื่องด้วย..... ได้มารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคบกพร่องด้านการเรียนเฉพาะด้าน(LD)ด้าน คือ..... ส่งผลให้เด็กมีข้อจำกัดในการเรียน จึงขอความกรุณาคุณครูช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนเป็นพิเศษ เช่น จัดการเรียนการสอนที่น่าสนใจ จัดทำแผนการเรียน การสอนรายบุคคล (IEP) ให้เรียนพิเศษเพิ่มเติม เป็นต้น
๒. ส่งเสริมจุดเด่นของเด็กในด้านอื่นนอกเหนือจากการเรียน เช่น ศิลปะ ดนตรี กีฬา ความมีน้ำใจ
๓. ให้คำชมเชยเมื่อเด็กทำดี เพื่อให้เด็กมีกำลังใจและความภูมิใจในตัวเอง
๔. ถ้าเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ควรดูค่าหรือตีรุนแรง แต่ให้ใช้วิธีการดัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน พร้อมทั้งสอนพฤติกรรมที่เหมาะสมทดแทนด้วย

จึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาคุณครูในการช่วยเหลือดูแลเด็ก

ขอแสดงความนับถือ



ASD-form ๑๐-๐๒-๒๕๖๔ (แก้ไขครั้งที่ ๑)

วันที่.....

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เรียน คุณครูประจำชั้น

เนื่องด้วย.....ได้มาได้รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก ส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรม การสื่อสารและการเข้าสังคม จึงขอความกรุณาคุณครูช่วยเหลือ ดังนี้

๓. ให้เด็กนั่งหน้าห้องเรียนหรือใกล้คุณครู เพื่อให้คุณครูดูแลได้ง่าย
๒. เมื่อเด็กมีพฤติกรรมหรือคำพูดไม่เหมาะสม คุณครูสามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น พูดคุยให้เด็กกลับเข้าสู่บทเรียน เป็นต้น
๓. ในกรอบหรือการออกคำสั่ง ควรให้เด็กมีความสนใจต่อคุณครูก่อน โดยการพูดเสียงดังฟังชัดและมองหน้าสบตากัน
๔. ให้คำชมเชยหรือรางวัล เมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี
๕. การดักเตือน ควรพูดสั้นๆ ชัดเจน เช่น ไม่ได้ , อย่า , หยุด พร้อมกับแสดงสีหน้าท่าทางและน้ำเสียงที่จริงจัง ซึ่งช่วยให้เด็กรู้ว่าผู้พูดเองจริง และหยุดทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ รวมทั้งการสอนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นตัวอย่างให้เด็กทำตาม
๖. เมื่อเด็กมีปัญหาการเข้าสังคม ควรให้เด็กได้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มและส่งเสริมให้เด็กได้ทำงานร่วมกับคนอื่น ภายใต้การแนะนำของคุณครู

จึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาคุณครูในการช่วยเหลือดูแลเด็ก

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คุณครูประจำชั้น

เนื่องด้วย.....ได้รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) ส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมและการเรียน จึงขอความกรุณาคุณครูช่วยเหลือ ดังนี้

๑. จัดเด็กให้มีหน้าที่หรือใกล้ครู เพื่อครูจะได้เตือนเด็กให้กลับมาตั้งใจเรียนเมื่อเด็กเริ่มขาดสมาธิ
๒. จัดให้เด็กนั่งให้ไกลจากประตูหน้าต่าง เพราะเด็กจะกวาดสายจากสิ่งเร้านอกห้องเรียน
๓. เมื่อเด็กหมดสมาธิ ควรจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ให้เด็กแก้เบื่อ เช่น ช่วยครูเดินแจกสมุดให้เพื่อนๆ ในห้อง สอบกระดานดำ เดินนำใส่แอมกัน เป็นต้น จะช่วยให้เด็กมีสมาธิเรียนได้มากขึ้น
๔. ให้คำชมเชย หรือรางวัล เมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี
๕. เขียนการบ้านหรือสั่งงานให้ชัดเจนบนกระดานคำ พยายามสั่งงานด้วยวาจาให้น้อยที่สุด
๖. การสั่งงานด้วยวาจา ควรสั่งทีละคำสั่ง ใช้คำสั่งง่ายๆ แล้วให้เด็กทวนความและจดบันทึกเสมอ
๗. ตรวจสอบผลงานของเด็กสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบถ้วน
๘. แบ่งงานเป็นข้อย่อยๆ เพื่อให้เด็กรู้สึกว่างานไม่มากเกินไป เน้นในเรื่องความรับผิดชอบ ทำงานให้เสร็จ
๙. ถ้าเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ควรตวาดหรือตีรุนแรง แต่ให้ใช้วิธีการตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน พร้อมทั้งสอนพฤติกรรมที่เหมาะสมทดแทนด้วย
๑๐. มองหาจุดดีของเด็กและสนับสนุนให้เด็กได้แสดงออก เพื่อเพิ่มความภาคภูมิใจในตัวเอง
๑๑. ถ้าเด็กไม่ทำตามคำสั่ง ให้ใช้วิธีกำกับให้ทำ เช่น เข้าถึงตัวจับมือทำ หรือ ช่วยกันทำ
๑๒. กรณีที่เด็กกินยาสมาธิ ให้คุณครูช่วยดูแลเรื่องการกินยาอย่างสม่ำเสมอ โดยคอยเตือนหรือกำกับให้กินยาให้ครบทุกมื้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาคุณครูในการช่วยเหลือดูแลเด็ก

ขอแสดงความนับถือ

ใบสรุปประวัติการรักษา

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ _____

ชื่อ _____ ขณะนี้อายุ _____ ปี

มารับการรักษาตัวที่สถาบันฯ ครั้งแรกตอนอายุ _____ ปี ด้วยอาการ _____

สรุปประวัติการรักษาที่ผ่านมา _____

สรุปการวินิจฉัยในปัจจุบัน _____

สรุปยาที่ใช้ในขณะนี้ _____

แผนในการรักษา _____

แพทย์ผู้รักษา _____

(_____)

ใบสรุปประวัติการรักษา

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ _____

ชื่อ _____ ขณะนี้อายุ _____ ปี

มารับการรักษาตัวที่สถาบันฯ ครั้งแรกตอนอายุ _____ ปี ด้วยอาการ _____

สรุปประวัติการรักษาที่ผ่านมา _____

สรุปการวินิจฉัยในปัจจุบัน _____

สรุปยาที่ใช้ในขณะนี้ _____

แผนในการรักษา _____

แพทย์ผู้รักษา _____

(_____)



เล่มที่.....

เลขที่.....

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกายของ (ตช./ตญ./นาย/นาง/นาง)

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะของโรค)

สรุปความเห็น (ควรหยุดงานกี่วัน เพราะเหตุใด)

ใบรับรองฉบับนี้ออก เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ขอรับรองความเป็นจริงข้างต้น

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๒๔๒ ม.๑๕ ต.พระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐

TEL.๐๔๓-๔๑๐๗๗๐-๓



บัตรประจำตัวผู้รับบริการ
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ.....นาม.....

ชื่อเล่น.....

HN..... ID.....

ที่อยู่ 282 หมู่ที่ 15 ถนน-บ้านโนนทัน-บ้านมือ ตำบล
พระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

เบอร์โทร. สถาบัน 043-910770
เบอร์โทรสาร. 043-910772

รายชื่อผู้จัดทำ

1 นางสาวภาพร	นันทะผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2 นายวชิระ	ตั้งเสรี	นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
3 นางสาวรพีพรรณ	ชาทองยศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
4 นางสาวศศิวิมล	วัลย์เครือ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
5 นางสาวเกวรินทร์	มีดแคน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

อ้างอิง

1. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
2. มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิตและสำนักพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556
3. มาตรฐานโรงพยาบาลและและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5
4. อัตราค่าบริการรักษาพยาบาลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ.2565