

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพาน

ชื่อและที่อยู่ผู้จัดทำผลงาน: นางสุพรรณ มหิตติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและจิตเวช  
กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย เขตบริการสุขภาพที่1 โทรศัพท์ รพ.

053721345 มือถือ 08 9562 3721 E-mail supanma@gmail.com

1. ชื่อผลงาน: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพาน

2. คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา

3. สรุปผลงานโดยย่อ: การมีส่วนร่วมจัดการปัญหา โดยกระบวนการ PDCA ร่วมกับการนำ Data base ของ  
การเข้าถึงระบบการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต ใช้รูปแบบการเรียนรู้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน CBL  
(Community base learning) มาพัฒนากระบวนการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้รักษาต่อเนื่อง ลดอาการ  
กำเริบ อาการขาดยาและภาวะจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน

4. เป้าหมาย : เพื่อลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเวช สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

5. ปัญหาและสาเหตุ: ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคจิตเภท (Schizophrenia ) F20-F29 จากข้อมูล  
ผู้ป่วยที่มารับบริการ ในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2559-2560 มี  
ผู้ป่วยที่มารับบริการ คิดเป็นอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 129.31, 131.98 ต่อแสน  
ประชากรแต่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำและส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 35.23, 27.64  
ตามลำดับ จากสาเหตุไม่มารับยาตามนัด ขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดผู้ดูแลพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด  
ส่งผลให้ขาดยาและมีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ครอบครัวและชุมชนเกิดความเดือนร้อน หวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย  
จิตเวช ผู้ป่วยด้อยโอกาสทางสังคม ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6. กิจกรรมการพัฒนา: การพัฒนาระบบการดูแลติดตามการดูแลต่อเนื่อง การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อเข้ารับ  
และการเยี่ยมบ้านโดยกลวิธีดำเนินงานดังนี้

6.1 การรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสาเหตุปัญหา

6.2 ประชุมทีมงาน เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เครือข่ายชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์  
สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำมาปฏิบัติได้และเหมาะสมกับบริบท  
ชุมชน

6.3 อบรมให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนประกอบด้วย อสม./ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่นและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ในการค้นหา/คัดกรองและการเฝ้าระวังจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ

6.4 พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถาน  
บริการและชุมชน โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละ  
พื้นที่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย  
ชุมชนในการออกเยี่ยมแต่ละครั้ง

6.5 พัฒนาระบบการติดตามการนัดรับยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ โดยนวัตกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย และทางโทรศัพท์ในรายที่ไม่มารับยาตามนัดหรือใกล้วันนัดรับยา

6.6 พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน มีอาการทางจิตกำเริบโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ ญาติ/อปพร./ผู้นำชุมชน/อสม./อปท./ตำรวจ ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาและการกักขังต่อเนื่อง

6.7 การติดตามและประเมินผล ทุก 3 เดือน

7. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

7.1 วัดผลได้จากการกำหนดตัวชี้วัด ดังนี้

#### ระยะสั้น

1. ผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ >ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน > ร้อยละ 80
3. การส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการกลับเป็นซ้ำไปโรงพยาบาลจิตเวช <ร้อยละ 20
4. ประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิตและเข้าถึงบริการรักษา>ร้อยละ 55

#### ระยะยาว

เกิดเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแล/เฝ้าระวังผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

7.2 ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จากผลการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยา มีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ญาติและผู้ป่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวช เครือข่ายในชุมชนมีความมั่นใจ ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและให้การดูแลและเฝ้าระวังอาการกำเริบซ้ำ ช่วยเหลือส่งต่อ เกิดเครือข่ายการดูแลแบบมีส่วนร่วมและระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน

ตัวชี้วัดผลิตผล	เป้าหมาย	2559	2560	2561
1. อัตราผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ	>ร้อยละ 80	51.32	80.12	90.21
2. อัตราผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน	> ร้อยละ 80	26.46	60.54	93.25
3. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการกลับเป็นซ้ำไปโรงพยาบาลจิตเวช	<ร้อยละ 20	35.23	27.64	2.3
4. อัตราประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิตและเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น	>ร้อยละ 75	129.31	131.98	172.27

หมายเหตุ ผลงานปี 2561 (ตค.60- เมย..61)

## 8. บทเรียนที่ได้รับและความภูมิใจ

1. เครือข่ายชุมชนตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญในปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ให้ความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตร่วมกับชุมชนได้
2. ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการและสภาพปัญหาที่หลากหลายยุ่งยากซับซ้อน ขณะเดียวกันบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีจำกัด ควรมีการจัดการรายกรณี