

โครงการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเพียง ปี 2565

1. ชื่อโครงการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเพียง ปี 2565
2. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สภาพเช่นนี้เนื่องจากปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ ทำให้มีผลต่อการปรับตัวของประชาชน และที่สำคัญยังส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตซึ่งมีปัญหาการปรับตัวอยู่แล้วขาดปัจจัย การดูแลช่วยเหลือให้สามารถรักษาภาวะสุขภาพ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ แม้ว่าในกระบวนการ บำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้มาก ขึ้น โดยการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาทั้งการให้ยาและการบำบัดทางจิตสังคม แต่ผลสำเร็จจะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยทางจิต หากได้รับการดูแลต่อเนื่องและได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเข่นเดียวกับคนทั่วไป

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรคหนึ่ง เพราะเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรค แบบเรื้อรัง ไม่หายขาด พบรากถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป โดยมีอาการกำเริบร้อยละ 50-70 ส่งผลให้เกิดความ เสียหายทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา สูญเสียทรัพย์สิน ตลอดถึงมีการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชเอง ส่งผลต่อ ภาคลักษณ์ ทำให้เกิดหัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง ญาติ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตลอดจนลักษณะของการ ของโรคที่มีความบกพร่องในการตระหนักรู้ของตนเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และขาดทักษะการดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จะเน้นที่การรักษาด้วยยา การพัฒนาสมรรถภาพด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วมีอาการคงที่ ไม่กำเริบซ้ำ โดยดูแลให้ รับประทานยาและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ผลของการดูแลของญาติจะเป็นตัวพยากรณ์อาการของผู้ป่วย โดยตรง (กรมสุขภาพจิต, 2562)

อำเภอภูเพียง มีอัตราการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคจิตเทอร้อยละ 74.2 ซึ่งผ่านตัวชี้วัดที่กรมสุขภาพจิต กำหนดไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561 โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการ (รหัส F20-F29) ทั้งสิ้น 183 ราย (ข้อมูล ทำการเข้าถึงบริการจากฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขชั้นนำ, 2562) ซึ่งในจำนวนนี้เคยมารับบริการที่ โรงพยาบาลภูเพียง โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมจนถึงปัจจุบัน 90 ราย และปัจจุบันมารับยาต่อเนื่องที่รพ.ภูเพียง 50 ราย (รายงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเพียง, 2563) มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 6 ราย นอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากยังมีความคิดฆ่าตัวตายลงเหลืออยู่ถึงจำนวน 16 ราย จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวังปัญหาการ ฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลสาเหตุการฆ่าตัวตายของอำเภอภูเพียง ปีพ.ศ.2559-2563 ที่พบว่า เกิดจาก 1) ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ 3) โรคซึมเศร้า 4) โรคเรื้อรังทางกาย ติดสุรา หรือสารเสพติด โรคจิตเภท และ 6) ปัญหาเศรษฐกิจ ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจาก 2 ปัจจัยข้างไป โดยปัญหา ความสัมพันธ์เป็นปัจจัยร่วมที่พบมากที่สุด (งานสุขภาพจิต รพ.ภูเพียง, 2563) และสอดคล้องกับผลการสำรวจ ระดับชาติ จำแนกตามโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้าย 5 อันดับแรก คือ โรคความ ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย โรคใบโพลาร์ในระยะแม่นิย โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลทั่วไป และกลุ่ม โรคจิต ตามลำดับ (หวาน ศรีเรืองทองและคณะ, 2554)

ในปีพ.ศ.2561-2563 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 6.32, 6.64 และ 7.3 ต่อแสนประชากร โดยพบว่า คนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,000 คนต่อปี และพยายามฆ่าตัวตาย 49,000 คนต่อปี ซึ่งในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะทำซ้ำ ส่วนวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายนั้นส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จใช้วิธีผูกคอ สำนักลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายใช้วิธีกินยาเกินขนาด และเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า เพศหญิง โดยจังหวัดน่านเป็น 1 ใน 3 อันดับแรกที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดของประเทศไทยเท่ากับ 13.19,

นาย เกตุ กอง

๖

(กาน กานัก กาน) ๘๙๘๘๙

12.54 และ 11.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2562) ยิ่งไปกว่านั้น จากสถิติอำเภอภูเพียง พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 19.27, 25.69 และ 32.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 22.47, 25.68 และ 32.1 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัจจัยร่วมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.33, 25 และ 37.5 ตามลำดับ (งานสุขภาพจิต รพ.ภูเพียง, 2563)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (suicidality) มีความหมายครอบคลุมถึงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith et al., 2002) โดยความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicidal complete) (อรพรรณ สือบุญ ระหวชัย, 2553; ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555) โคลอนสกี้ และ เมย์ (Klonsky and May, 2015) ได้เสนอทฤษฎีล่าสุด เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมีข้อว่าทฤษฎีสามขั้นตอนของความคิดสู่การฆ่าตัวตาย โดยขั้นตอนแรกมีสมมุติฐานว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นผลจากการที่บุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตใจร่วมกับเกิดความสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 2 ในบุคคลที่ประสบปัญหาทั้งความเจ็บปวดและความสัมพันธ์ มีปัจจัยป้องกันที่สำคัญ คือ ความรู้สึกเชื่อมโยงกับบุคคลหรือกลุ่ม และขั้นตอนที่สาม มีความเชื่อว่า ความคิดฆ่าตัวตายจะพัฒนาไปเป็นความพยายามฆ่าตัวตายหากมีปัจจัยเอื้อที่สำคัญ เช่น การเป็นคนหุนหันพลันแล่น มีเหตุการณ์กระตุ้น และสิ่งที่ช่วยให้ลงมือฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น (Klonsky and May, 2015; Klonsky, May and Saffer, 2016) แต่ทั้งนี้ผลกระทบที่มีต่อแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือและความเข้าใจจากคนรอบข้าง (กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีสถานภาพสมรส หย่า ร้าง หม้าย การมีประวัติในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และความชัดแย้งกับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา การมีบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆอยู่ช่วยเหลือ (ปราบดา คำมีสินนท์และคณะ, 2562) ตลอดจนความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ช่วยยืดเนินยิ่งจิตใจ (อรพิน ยอดกลาง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล และคณะ, 2563)

องค์กรอนามัยโลกได้บันทึกไว้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายว่า ความสำคัญที่ทั่วโลกควรเน้นย้ำ คือ ยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO, 2014) โดยการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังเป็นเนื้อหาหลักตามแบบจำลองทางด้านสาธารณสุข (CDC, 2014, Crosby, Ortega, Melanson, 2011, WHO, 2014) ดังนี้ 1) ระบบการเฝ้าระวัง 2) ระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง 3) ขยายผล นโยบาย และโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและ 4) พัฒนาและประเมินผลการดำเนินการ รวมถึงต้องมีระบบการติดตามที่ต่อเนื่องชัดเจนในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย (Health and Human Services Agencies, 2010) และได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น สามารถป้องกันได้ การระบุได้ว่า ผู้ใดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกันและเฝ้าระวัง จะสามารถช่วยลดการฆ่าตัวตายได้ดีกว่า (ขอนแก่นราชนครินทร์, 2012) ซึ่งจากการศึกษาแนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พบว่า ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายนั้นมีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามมา (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่หลงเหลืออยู่ในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทั้งในขณะที่ได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

(Klonsky and May, 2015; Klonsky, May and Saffer, 2016) ซึ่งอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น (Feigelman et al., 2008; ดรุณี เลิศปรีชา, 2545; อุมาพร ตรังคสมบัติและอรรรรณ หนูแก้ว, 2541) และเพิ่มโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา (ประยุกต์ เสรีเสถียร, 254; ศุภกรัตน์ เอกอัศวิน, 2547; ปริยศ กิตติธิรักษ์กิตต์, 2555) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่เริ่มแรกเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด ดังนั้น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายทุกคนควรได้รับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการให้ความสำคัญในการหาแนวทางลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง ซึ่งกลยุทธ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ที่จะพยายามฆ่าตัวตายสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ลดความคิดที่จะทำร้ายตนเองตั้งแต่เริ่มแรก

จากข้อมูลและผลการศึกษาดังกล่าว งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลภูเพียง จึงได้จัดทำการพัฒนาระบบการคูแลผู้ป่วยจิตเวชเรือรังในชุมชน อำเภอภูเพียง ปี 2564 เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวัง และจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/หรือผู้อื่น ไม่เกิดความเสี่ยงต่อครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเฝ้าระวัง และผู้ดูแล

3. วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภ托อย่างต่อเนื่องในชุมชน
- 3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดสุรา และผู้ที่มีประวัติพยาบาลฆ่าตัวตาย
- 3.3 เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/อสม./ญาติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการคูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

4. ตัวชี้วัด

- 4.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นภายใน 1 ปี ร้อยละ 80
- 4.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รวมทั้งผู้ที่มีประวัติพยาบาลฆ่าตัวตายไม่ทำร้ายตนเองเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 80
- 4.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอภูเพียง ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร
- 4.4 การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง 50%
- 4.5 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง จำนวน 6 ราย ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง/ราย/ปี รวม 12 ครั้ง/ราย/ปี และลงข้อมูลการติดตามเยี่ยมในเวปศูนย์ ติดตามข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตครบตามเกณฑ์

5. วิธีดำเนินงาน

- 5.1 เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการ
- 5.2 ดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งเป็น กิจกรรมย่อย ดังนี้
 - 5.2.1 ประชุมเครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอภูเพียง เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภ托อย่างต่อเนื่องในชุมชน และรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง

ภ.สส.ภ.สส.

๑๒

(๑๙๗๘๖๗๗๗๗๖๖๖๖)

5.2.2 การจัดการอบรมเรื่อง รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องในชุมชน และการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง กลุ่มเป้าหมายคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย

5.2.3 การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ด้วยแบบคัดกรอง 3 คำถาม โดยมีแนวทางการคัดกรองและการส่งต่อดังนี้

- 1) ผู้ที่ได้รับการประเมินด้วย 3Q แล้ว ข้อ 3 (มีความคิดฆ่าตัวตายใน 3 เดือนที่ผ่านมา) ถ้าตอบว่า ใช่ ให้ส่งต่อกลินิกจิตเวช ภายใน 3 วัน

- 2) ผู้ที่ได้รับการประเมินด้วย 3Q แล้ว ข้อ 1 และ/หรือข้อ 2 ตอบว่า ใช่ ให้คัดกรอง ต่อด้วย 9Q ถ้ามากกว่า 7 ส่งต่อกลินิกจิตเวช รพ.ภูเพียง

หมายเหตุ : กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรอง ประกอบด้วย โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา ไตวายระยะที่ 4 หรือ 5 มะเร็งทุกช่วงวัย ผู้ที่มีประวัติ Suicide attempt ในระหว่างปี พ.ศ.2561-2564 และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ดังนี้ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคหลอดเลือดสมอง 4) ถุงลมโป่งพอง 5) GOUT

5.2.4 การใช้แบบติดตามโรคจิต 9 ด้าน เพื่อประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองและ/หรือผู้อื่น จำนวน 6 ราย และผู้ติดสุราที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความวุ่นวาย/ความรุนแรงในชุมชน ทุก 1 เดือน

5.2.5 กิจกรรมเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้แบบติดตาม 9 ด้าน, Care plan และลงข้อมูลตามเกณฑ์ของสปสช.

5.2.6 สรุปและประเมินผลโครงการ โดยการจัดประชุมเครือข่ายงานสุขภาพจิตอำเภอภูเพียง ผู้ดูแล/อสม.เพื่อสรุปผลลัพธ์โครงการฯ และสอบถาม ปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรม

6. กลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

6.1 เครือข่ายสุขภาพจิตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

6.1.1 แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.1.2 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

6.1.3 ญาติและ/หรือผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย/ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูง

6.2 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา ไตวายระยะที่ 4 หรือ 5 มะเร็ง ทุกช่วงวัย ผู้ที่มีประวัติ Suicide attempt ในระหว่างปี พ.ศ.2561-2564 และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ดังนี้ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคหลอดเลือดสมอง 4) ถุงลมโป่งพอง 5) GOUT

7. ระยะเวลาดำเนินโครงการ ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 – กันยายน 2565

8. สถานที่ดำเนินโครงการ พื้นที่อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน

9. งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าดำเนินการในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอำเภอภูเพียง รวมเป็นเงิน 12,500 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

9.1 การจัดประชุมเครือข่ายงานสุขภาพจิตคงปสอ.ภูเพียง เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องในชุมชน และรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

กลุ่มเป้าหมายคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม./ผู้ดูแล จำนวน 20 ราย มีค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท x 20 ราย เป็นเงิน 1,000 บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท x 20 ราย x 2 ครั้ง เป็นเงิน 1,000 บาท

ส่วนต่อไป

คร

รวมเป็นเงิน 2,000 บาท
 9.2 การจัดการอบรมเรื่อง รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องในชุมชน และการป้องกันการมาตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย คือ อสม./ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูง อสม./ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการมาตัวตาย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท \times 42 ราย \times 2 ครั้ง เป็นเงิน 4,200 บาท
 - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท \times 42 ราย \times 4 ครั้ง เป็นเงิน 4,200 บาท
- รวมเป็นเงิน 8,400 บาท

9.3 การจัดประชุมเครือข่ายงานสุขภาพจิตคปสอ.ภูเพียง เพื่อประเมินผลโครงการฯ ปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมายคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม./ผู้ดูแล จำนวน 21 ราย มีค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท \times 21 ราย เป็นเงิน 1,050 บาท
 - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท \times 21 ราย \times 2 ครั้ง เป็นเงิน 1,050 บาท
- รวมเป็นเงิน 2,100 บาท
 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 12,500 บาท

10. แผนปฏิบัติงานโครงการ

นายอนุญาติ พ.
 พ.
 (พล.อ. พล.อ. พล.อ.)

แผนปฏิบัติการโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2565 ของเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอพieยง

ชื่อโครงการ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอพieยง ปีงบประมาณ 2565

วัดถุประสงค์	ตัวชี้วัดของโครงการ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	วันที่ดำเนินการ	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ
					รายละเอียด	บาท	
1.เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ติดตามดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทอย่าง ต่อเนื่องในชุมชน และรูปแบบการ ป้องกันการ ข้าตัวตายในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเอง	1.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง และไม่มีอาการกำเริบ และไม่เกิดความเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเองหรือทำร้าย ผู้อื่นภายใน 1 ปี ร้อยละ 80 2.ยึดรายการข้าตัวตายสำเร็จ สำเร็จ ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร 3.การข้าตัวตายในผู้ป่วยโรค เรื้อรังลดลง 50% 4.กลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยโรค จิตเภท โรคซึมเศร้า โรค ติดสุรา และโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่มีความคิดข้าตัวตาย รวมทั้งผู้ที่มีประวัติพยาบาล ข้าตัวตาย) ไม่ทำร้ายตนเอง เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 80	1 การจัดประชุมเครือข่ายงาน สุขภาพจิตอำเภอพieยง เพื่อพัฒนา รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต เภทอย่างต่อเนื่องในชุมชน และ รูปแบบการป้องกันการข้าตัวตายใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง	กลุ่มเป้าหมายคือ [*] เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และอสม./ผู้ดูแล รวม 20 ราย	ร.ค.64 - ม.ค.65	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท x 20 ราย - ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท x 20 ราย X 2 ครั้ง	1,000 1,000	วนาลักษณ์ rovilaan
2.เพื่อพัฒนา ศักยภาพของผู้ดูแล/ อสม.ในการดูแล ผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเองและ ผู้อื่น		2.การจัดการอบรมเรื่อง รูปแบบการ ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่าง ต่อเนื่องในชุมชน และการป้องกันการ ข้าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการ ทำร้ายตนเอง 3.การคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแล/อสม.ที่ดูแล กลุ่มเป้าหมาย รวม 42 ราย	ร.ค.64 - ม.ค.65	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท x 42 ราย x 2 ครั้ง - ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท x 42 ราย x 4 ครั้ง	4,200 4,200	วนาลักษณ์ rovilaan และ เจ้าหน้าที่รพ.สต. นางสาวณัฐา บี คุณตาลังชณ์ วงศ์ธรา

แผนปฏิบัติการโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2564 ของเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

ชื่อโครงการ การพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอภูเพียง ปีงบประมาณ 2564

ประสงค์	ตัวชี้วัดของโครงการ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	วันที่ ดำเนินการ	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ
					รายละเอียด	บาท	
		4.การจัดประชุมเครือข่ายงานสุขภาพจิตคบสอ. ภูเพียง เพื่อประเมินผลโครงการ ปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และอสม./ ผู้ดูแล รวม 21 ราย	ธ.ค.64 - ม.ค.65	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 บาท x 21 ราย - ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 25 บาท x 21 ราย x 2 ครั้ง	1,050 1,050	วนาลักษณ์ รอยล้าน.
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น						12,500	

ผู้ควบคุมงบฯ

อน

(พน. พ.ส.ส. ก. ภ. ก.)

11. การติดตามประเมินผล กำกับติดตามผลการดำเนินงาน จากแบบรายงานและจากการวิเคราะห์ข้อมูล

11.1 อัตราการนำตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

11.2 แบบรายงานและข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเป้าหมาย (แบบ จร.1)

11.3 แบบรายงานการวางแผนการดูแลการรักษา (Care plan)

11.4 แบบบันทึกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยที่รับผิดชอบเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช (แบบ จร.2)

11.5 อัตราการกำเริบ/run แรงหรือการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูง

12. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

12.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ที่มีประวัติพยาบาลนำตัวตาย และผู้ติดสุรา ที่ได้รับการคัดกรองและติดตามดูแลต่อเนื่อง ไม่ทำร้ายตนเองภายใน 1 ปี

12.2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น มีอาการคงที่ ไม่เกิดการทำร้าย ตลอดจนผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติตามบริบทในสังคม

12.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย สามารถค้นหาและป้องกันปัจจัยที่อาจทำให้เกิดอาการกำเริบ รู้จักสังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงต่อการทำตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น มีทักษะการจัดการเบื้องต้น สามารถประสานงานและจัดการได้อย่างทันท่วงที

13. ผู้เขียนโครงการ

อน

(นางวนารักษณ์ รอวิลาน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

14. ผู้เสนอโครงการ

✓

(นายวิทย์ มงคลวิสุทธิ์)

หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ)ชำนาญการพิเศษ

15. ผู้เห็นชอบโครงการ

✓

สำเนาจด

อน

(นางนฤมล กนก รองผู้อำนวยการ)

16. ผู้อนุมัติโครงการ

✓

นายวินทร์เทพ เชื้อสารณ

แพทย์สาธารณสุขจังหวัดป่า