

สํานักงัด



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน-ทุ่งช้าง นน ๕๕๐๐๐

๒ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ส่งโครงการฉบับอนุมัติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลสุโขทัยที่ นน ๐๐๓๓.๓๓๓/๒๑๑๓ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการฯ ที่ผ่านการอนุมัติ

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่หน่วยงานของท่าน ได้ส่งโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น อ.สุโขทัย จ.น่าน ปี ๒๕๖๗ ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ๒๕.๐๐๐ บาท นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน จึงส่งโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น อ.สุโขทัย จ.น่าน ปี ๒๕๖๗ ที่ได้รับการอนุมัติมายังท่าน เพื่อดำเนินกิจกรรมและเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการฯ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางจันทนา จันทรัตน์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติงาน ข้าราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

เรียน ผู้อำนวยการ

☒ เพื่อทราบ

☐ เพื่อขออนุมัติ

เห็นควร...
นางจันทนา จันทรัตน์

นางจันทนา จันทรัตน์

วันที่... เดือน... ปี พ.ศ. ๒๕๖๗

นางวนาลักษณ์ รอวิธาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๑ ๔๖๒๓ ต่อ ๓๒๒

โทรสาร ๐ ๕๔๗๑ ๔๖๒๔

สำเนาถูกต้อง

สำเนาถูกต้อง

(นาง วนาลักษณ์ รอวิธาน)

นางวนาลักษณ์ รอวิธาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ทราฟ

๐๘ ม.ค. ๒๕๖๗

โครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น อ.ภ.เพียง จ.น่าน ปี 2567

1. ชื่อโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น อ.ภ.เพียง จ.น่าน ปี 2567

2. หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จะเน้นให้รับประทานยาหรือฉีดยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา การสื่อสารทางบวกในครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งญาติเป็นปัจจัย สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว มีอาการคงที่ ไม่กำเริบซ้ำ โดยดูแลให้รับประทานยาและพาผู้ป่วยไป พบแพทย์ตามนัด การดูแลของญาติจะเป็นตัวพยากรณ์อาการของผู้ป่วยโดยตรง (กรมสุขภาพจิต, 2561) ผู้ป่วย จิตเวชที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและพบได้บ่อย ได้แก่ 1) โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ความเศร้าที่รุนแรงมากๆทำให้คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดอยากตาย 2) โรคประสาท เครียด วิตกกังวล โดยเฉพาะโรคแพนิค อาการของโรคแพนิค เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ใจเต้นแรง ฯลฯ ร่วมกับกลัวตายหรือกลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยไม่มีสาเหตุทางกายอื่นๆ และกังวลล่วงหน้าว่าจะ เกิดอาการแบบนี้ขึ้นอีก บางรายกังวลมากจนไม่กล้าทำอะไร ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จนมีความคิด ทำร้ายตนเอง ส่วนโรคทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการทำร้ายทั้งตนเองและผู้อื่น หรือก่อความวุ่นวายในชุมชนที่พบบ่อย ได้แก่ 1) โรคจิตจากสารเสพติด/สุรา และโรคจิตสุรา และ 2) โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเป็นจริง ผิดไปจากเดิม เช่น มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน แยกตัวออกจากสังคม ไม่ดูแลตนเอง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง จะมีอาการมากขึ้น ทำให้การดำเนินโรคแย่ลง โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคทางจิตเวช เป็นความเสียหายสำคัญของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในทุกปีจะมีประชากรโลกฆ่าตัวตายสำเร็จกว่า 800,000 ราย หรือมีคนฆ่าตัวตายเฉลี่ย 1 ราย ในทุก 40 วินาที ดังนั้น ความสำคัญที่ทั่วโลกควรเน้นย้ำ คือ ยุทธศาสตร์ป้องกัน การฆ่าตัวตาย (Health and Human Services Agencies, 2010) (WHO, 2014) ซึ่งในประเทศไทย ยุทธศาสตร์ ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติล่าสุดปี 2564-2565 ตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยไม่ให้ เกิน 8 ต่อแสนประชากร โดยมี 4 มาตรการสำคัญคือ 1) ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลด้านสวัสดิการทางสังคมและ สุขภาพขั้นพื้นฐาน เสริมสร้างพลังใจในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ 2) พัฒนาระบบการคัดกรอง ค้นหา และเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระบบความรุนแรงและ ครอบคลุมทุกมิติ 3) การพัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะ เจ้าของร่วมกัน และ 4) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (พญ.พรรณพิมล วิบุลากร, 2564)

จากการศึกษาโครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่เคยพยายาม ฆ่าตัวตายจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะ 1 ปี หลังจากทำร้าย ตนเองครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป คนที่ฆ่าตัวตายซ้ำมักมีประวัติของการทำร้าย ตนเองมากกว่า 10-40 ครั้งจนกว่าจะสำเร็จ โดยการฆ่าตัวตายของบุคคลในแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือ ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย 3) การเข้าถึง วัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่ายหรือด้นกันล้นหลาม 4) การเฝ้าระวังป้องกันล้นหลาม 5) บุคคลนั้นมี ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ (ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์, 2565) และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ใน

สำเนาถูกต้อง

นางวนาลักษณ์ รอวิธาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒๕

หย่าร้าง หมายถึง การมีประวัติในวัยเด็กเคยถูกทำร้ายร่างกายจากพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู และความขัดแย้งกับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา การมีบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆคอยช่วยเหลือ (ปรารภณา คำมีสินธ์และคณะ, 2563) ตลอดจนความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ (อรพิน ยอดกลาง, มรุรส ทิพยมงคลกุล และคณะ, 2563)

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอยะรัง จังหวัดน่าน ในปี 2563-2565 มีแนวโน้มลดลง คิดเป็น 27.6, 16.5 และ 14 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคเรื้อรังทางกายมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน เท่ากับ 9, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ แต่ในปี 2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คิดเป็น 25.25 ต่อแสนประชากร ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอยะรังในระหว่างปี 2563-2565 พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.59 เกิดจากการมีโรคทางกายเรื้อรัง และโรคทางจิตเวชโดยมีปัญหาลักษณะความสัมพันธ์เป็นปัจจัยกระตุ้น แต่ในปี 2566 กลับพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ร้อยละ 55.55 เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 33.33% และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 22.22 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีปัญหาความสัมพันธ์หรือเศรษฐกิจ แม้จะไม่มีโรคประจำตัวก็จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาแนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายนี้นั้นมีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามมา (ปรียศ กิตติธวัชศักดิ์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่หลงเหลืออยู่ในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายทั้งในขณะที่ได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน (Klonsky and May, 2015; Klonsky, May and Saffer, 2016) ซึ่งอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น (Feigelman et al., 2008) นำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำ (Feigelman et al., 2008; ตรุณี เลิศปรีชา, 2545; อุมพร ตรังคสมบัติ และอรรณพ หนูแก้ว, 2541) และเพิ่มโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา (ประยุตต์ เสรีเสถียร, 254; ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, 2547; ปรียศ กิตติธวัชศักดิ์, 2555) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่เริ่มแรกเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด ดังนั้น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายทุกคนควรได้รับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก เพื่อเข้าแทรกแซงและป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของอำเภอยะรังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบันได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ตลอดจนมีกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล เช่น การจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพจิตฯ การนิยามกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มเสี่ยง) ที่ชัดเจนขึ้น กิจกรรมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดสุรา/สารเสพติด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเรื้อรังทางกาย การมอบหมายเคสกลุ่มเสี่ยงฯ ให้สอดติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงซ้ำ การจัดทำกลุ่มไลน์อสม.ที่สมัครใจดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น การสร้างทีมตักจับในชุมชน ฯลฯ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2563-2565 มีแนวโน้มลดลง รวมถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเรื้อรังทางกายมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่ในปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 22.22 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีปัญหาความสัมพันธ์หรือเศรษฐกิจ แม้จะไม่มีโรคประจำตัวก็จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังเช่นกัน ดังนั้น ในปี 2567 งานจิตเวชและยาเสพติด รพ.ยะรัง จึงได้จัดทำโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนและการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทีมตักจับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Gate Keeper) การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยมีกลไกบริหารจัดการผ่านทีมพชอ.และพชต.ในกลุ่มเปราะบาง การวางแผนการดูแลในกลุ่มเสี่ยง

เปราะบางและสูงร่วมกับผู้ดูแล/อสม.และชุมชน ตลอดจนการใช้คู่มือโมเดลในการจำแนกกลุ่มเสี่ยง การแจ้งเหตุ

สำเนาถูกต้อง

W

นางวนาลักษณ์ รอวิธาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒๕

การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาเศรษฐกิจ/ปัญหาความสัมพันธ์ และการติดตามต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดย

3.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มเปราะบาง) โดยมีกลไกบริหารจัดการผ่านทีมพหุ. และพชด.

3.2 เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มทีมดักจับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Gate Keeper)

3.3 เพื่อใช้กูเพียมโมเดลในการจำแนกกลุ่มเสี่ยง การแจ้งเหตุ การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาเศรษฐกิจ/ปัญหาความสัมพันธ์ และการติดตามต่อเนื่อง

3.4 เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/อสม. โดยใช้แผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางและสูง

4. ตัวชี้วัด

4.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอ.กูเพียมลดลง และไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร

4.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90)

4.3 กลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในระดับปานกลางและสูง ที่ใช้แผนการดูแล ไม่ทำร้ายตนเองเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี ร้อยละ 80

4.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ไม่เกิดอาการกำเริบ และไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นภายใน 1 ปี ร้อยละ 80 ขึ้นไป

5. วิธีดำเนินงาน

5.1 เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการ

5.2 ดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งเป็นกิจกรรมย่อย ดังนี้

5.2.1 จัดประชุมคั่นข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ผลการใช้กูเพียมโมเดลจำแนกกลุ่มเสี่ยง การแจ้งเหตุ การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาเศรษฐกิจ/ปัญหาความสัมพันธ์ ผลการติดตามผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือเคยทำร้ายตนเองฯ และวางแผนการดำเนินงานปี 2567

5.2.2 จัดอบรม Gate Keeper ในกลุ่มแกนนำชุมชน เยาวชน ประชาชน และพระสงฆ์ ให้ความรู้ความเข้าใจในการดักจับสัญญาณเตือนเสี่ยงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น การใช้ 3 ส การสื่อสารทางบวก ฯลฯ

5.2.3 กิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรอง 3Q ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (HT COPD DM)/CKD / GOUT/ โรคหัวใจ /โรคกระเพาะ /โรคซึมเศร้า /โรคจิตเภท/ โรคติดสุรา-สารเสพติด/ปัญหาความสัมพันธ์-เศรษฐกิจ ทั้งเชิงรับในสถานบริการและเชิงรุกในชุมชน

5.2.4 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางและสูง การมอบหมายเคสแก่อสม./รพ.สต. การใช้แผนการดูแลร่วมกับคู่มือการดูแลสำหรับการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

5.2.5 การติดตามประเมินผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ทุก 3 เดือน โดย รพ.สต./รพ.

5.2.6 จัดประชุมซ้อมแผนปฏิบัติการการจัดการกรณีจิตเวชฉุกเฉิน SMI-V อำเภอกูเพียมในชุมชน

5.2.7 การลงข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย SMI-V ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ การลงบันทึกรายงาน 506S V10

สำเนาถูกต้อง



นางวนาลักษณ์ รอวิลาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ak

6. กลุ่มเป้าหมาย มีดังนี้

- 6.1 แกนนำชุมชน/แกนนำครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/เยาวชน/พระ/ประชาชน จำนวน 30 คน
- 6.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน
- 6.3 ผู้ป่วยจิตเวช/ญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป จำนวน 30 คน
- 6.4 อบท./อบต./พขอ./พชต. จำนวน 10 คน
- 6.5 ตำรวจ/ปกครองอำเภอ จำนวน 4 คน

7. ระยะเวลาดำเนินโครงการ ระหว่างเดือน มกราคม 2567 – กันยายน 2567

8. สถานที่ดำเนินโครงการ พื้นที่อำเภอยะรัง จังหวัดน่าน

9. งบประมาณ

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นค่าดำเนินการในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อำเภอยะรัง รวมเป็นเงิน 25,000 บาท (สองหมื่นห้าพันบาทถ้วน) มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

9.1 การจัดประชุมคืนข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ผลการใช้กูเพียมโมเดลจำแนกกลุ่มเสี่ยง การแจ้งเหตุ การช่วยเหลือกรณีมีปัญหาเศรษฐกิจ/ปัญหาความสัมพันธ์ ผลการติดตามผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือเคยทำร้ายตนเอง และวางแผนการดำเนินงาน ปี 2567 กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ อบท. อบต. พชต. พขอ. ปกครองอำเภอ แกนนำชุมชน ค่าใช้จ่ายดังนี้

- | | |
|---|--------------------|
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 30 ราย | เป็นเงิน 2,100 บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 30 ราย x 2 มื้อ | เป็นเงิน 2,100 บาท |
| รวมเป็นเงิน 4,200 บาท | |

9.2 การจัดอบรม Gate Keeper ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดักจับสัญญาณเตือนเสี่ยงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น การใช้ 3 ส การสื่อสารทางบวก ฯลฯ จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำชุมชน เยาวชน ประชาชน พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่าใช้จ่ายดังนี้

- | | |
|---|--------------------|
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 35 ราย x 2 มื้อ | เป็นเงิน 4,900 บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 35 ราย x 4 มื้อ | เป็นเงิน 4,900 บาท |
| รวมเป็นเงิน 9,800 บาท | |

9.3 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางและสูง การมอบหมายเคส และการใช้แผนการดูแลร่วมกับคู่มือการดูแลสำหรับการติดตามต่อเนื่องในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติ ผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- | | |
|---|--------------------|
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 40 ราย | เป็นเงิน 2,800 บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 40 ราย x 2 มื้อ | เป็นเงิน 2,800 บาท |
| รวมเป็นเงิน 5,600 บาท | |

9.4 การจัดประชุมซ้อมแผนปฏิบัติการการจัดการกรณีจิตเวชฉุกเฉิน SMI-V อำเภอยะรัง กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ อบท. อบต. พชต. พขอ. ปกครองอำเภอ แกนนำชุมชน ค่าใช้จ่ายดังนี้

สำเนาถูกต้อง



- | | |
|---|--------------------|
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 39 ราย | เป็นเงิน 2,730 บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 39 ราย x 2 มื้อ | เป็นเงิน 2,730 บาท |
| รวมเป็นเงิน 5,460 บาท | |

นางวนาลักษณ์ รวีสาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 25,060 บาท (สองหมื่นห้าพันหกสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้ และขอเบิกค่าใช้จ่าย 25,000 บาท ตามงบประมาณที่จัดสรร

10. แผนปฏิบัติงานโครงการ

แผนปฏิบัติการโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2567 ของเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอภูเพียง

ชื่อโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น อ.ภูเพียง จ.น่าน ปี 2567

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดของโครงการ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	วันที่ ดำเนินการ	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ
					รายละเอียด	บาท	
1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มเปราะบาง) โดยมีกลไกบริหารจัดการผ่านทีมพชอ./พชต. 2.เพื่อใช้ภูเพียงโมเดลในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงการแจ้งเหตุการช่วยเหลือกรณีมีปัญหา	1.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอ.ภูเพียงลดลง และไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร 2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90)	1.การจัดประชุมคืนข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตาย ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ผลการใช้ภูเพียงโมเดลจำแนกกลุ่มเสี่ยงการแจ้งเหตุ การช่วยเหลือกรณีมีปัญหา เศรษฐกิจ/ปัญหาความสัมพันธ์ ผลการติดตามผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหรือเคยทำร้ายตนเอง และวางแผนการดำเนินงานปี 2567	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ อปท. พชต. พชอ. ปกครองอำเภอ แกนนำชุมชน	ธ.ค.66 - ก.ย.67	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 30 ราย -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 30 ราย x 2 มื้อ	2,100 2,100	วนาลักษณ์ รอวิธาน ธิดารัตน์ จิตมะโน อนุสรณ์ จันสอง
3.เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มทีมดักจับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Gate Keeper)	สำเนาถูกต้อง  นางวนาลักษณ์ รอวิธาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2.การจัดอบรม Gate Keeper ในกลุ่มแกนนำชุมชน เยาวชน ประชาชน และพระสงฆ์ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดักจับสัญญาณเตือนเสี่ยงทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น การใช้ 3 ส การใช้ภูเพียงโมเดล และการสื่อสารทางบวก	แกนนำชุมชน เยาวชน ประชาชน พระสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่าใช้จ่ายดังนี้	ธ.ค.66 - ก.ย.67	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 35 ราย x 2 มื้อ -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 35 ราย x 4 มื้อ	4,900 4,900	วนาลักษณ์ รอวิธาน ธิดารัตน์ จิตมะโน อนุสรณ์ จันสอง และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต (รพ.สต./อปท./อปท.)

แผนปฏิบัติการโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2567 ของเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง

ชื่อโครงการ การพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภออุ้มผาง ปี 2567

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดของโครงการ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	วันที่ ดำเนินการ	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ
					รายละเอียด	บาท	
4. เพื่อพัฒนา ศักยภาพของ ผู้ดูแล/อสม. โดยใช้ แผนการดูแลกลุ่ม เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย	3. กลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้าย ตนเองในระดับปานกลาง และสูง ที่ใช้แผนการดูแล ไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี ร้อยละ 80	3. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงระดับ ปานกลางและสูง การมอบหมายเคส และการใช้แผนการดูแลร่วมกับคู่มือ การดูแลสำหรับการติดตามต่อเนื่องใน ชุมชน	กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติ ผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	ธ.ค.66 - ก.ย.67	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 40 ราย - ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 40 ราย x 2 มื้อ	2,800 2,800	วนาลักษณ์ รอรวิลาณ ธิดารัตน์ จิตมะโน อนุสรณ์ จันสอง และผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต (รพ.สต. อปท./อบต.)
	4. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการ ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นด้วยวิธี รุนแรง (SMI-V) ได้รับ การติดตามต่อเนื่อง ไม่เกิด อาการกำเริบ และไม่ทำร้าย ตนเองหรือผู้อื่นภายใน 1 ปี ร้อยละ 80 ขึ้นไป	4. การจัดประชุมซ้อมแผนปฏิบัติการ การจัดการกรณีจิตเวชฉุกเฉิน SMI-V อำเภออุ้มผางในชุมชน	กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ตำรวจ อปท. อบต. พชต. พชอ. ปกครอง อำเภอ แกนนำ ชุมชน	ธ.ค.66 - ก.ย.67	- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 70 บาท x 39 ราย - ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 35 บาท x 39 ราย x 2 มื้อ	2,730 2,730	วนาลักษณ์ รอรวิลาณ ธิดารัตน์ จิตมะโน อนุสรณ์ จันสอง ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต (รพ.สต. อปท./อบต.)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น						25,060.	

สำเนาถูกต้อง

**หมายเหตุ : กิจกรรมอาจมีการปรับจำนวนครั้งและจำนวนคนตามความเหมาะสม

นางวนาลักษณ์ รอรวิลาณ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

11. การติดตามประเมินผล กำกับติดตามผลการดำเนินงาน จากแบบรายงานและจากการวิเคราะห์ข้อมูล

11.1 แบบรายงานและข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเป้าหมาย (แบบ จร.1)

11.2 แบบรายงานการวางแผนการดูแลการรักษา (Care plan)

11.3 แบบบันทึกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยที่รับผิดชอบเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช (แบบ จร.2)

11.4 อัตราการกำเริบรุนแรงหรือการกลับเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง

11.5 แบบรายงานข้อมูลการฆ่าตัวตาย รง.506s V10

11.6 รายงานผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ ภายในระยะเวลา 1 ปี $\geq$ ร้อยละ 80

12. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดย

12.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอ.ภ.เพียงลดลง และไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร

12.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90)

12.3 กลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในระดับปานกลางและสูง ที่ใช้แผนการดูแลฯ ในชุมชน ไม่ทำร้ายตนเองเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี ร้อยละ 80

12.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ไม่เกิดอาการกำเริบ และไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นภายใน 1 ปี ร้อยละ 80 ขึ้นไป

12.5 กลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (กลุ่มเปราะบาง) ที่มีสาเหตุจากปัญหาเศรษฐกิจหรือความรุนแรงในครอบครัว มีกลไกบริหารจัดการผ่านศูนย์ดำรงธรรม.ภ.เพียง /ทีมพขอ./พขต./พมจ. ทุกราย

12.6 ทีมดักจับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Gate Keeper) สามารถใช้ 3 ส และภ.เพียงโมเดล ได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ตามแนวทางในโมเดล

13. ผู้เขียนโครงการ



(นางวนาลักษณ์ รอวิลาน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง

14. ผู้เสนอโครงการ



(นางวนาลักษณ์ รอวิลาน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางวนาลักษณ์ รอวิลาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

15. ผู้เห็นชอบโครงการ



(นายภูวิศ เฟยลุง)

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภ.เพียง



16. ผู้อนุมัติโครงการ



(นายวรินทร์เทพ เชื้อสำราญ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปาน

- ๒ ม.ก. ๒๕๖๗