

1.ชื่อผลงาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอป่าพะยอม

2.ชื่อผู้จัดทำ 1.นางณอมใจ ดิษฐิรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2.นางสาวนลธิชา ชุมแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3.นางกฤติยา บัวทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3.ที่มาของโอกาสพัฒนา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง หรือขาดผู้ดูแล ขาดการเอาใจใส่ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบ ก่อความรุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน และมีปัญหาในการใช้ชีวิตในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลครั้งแล้วครั้งเล่าด้วยอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน

ในปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนับวันจะเพิ่มมากขึ้น จากผลสำรวจของผู้ป่วยจิตเวชที่ refer ด้วยอาการกำเริบมักเป็นผู้ป่วยรายเดิมซ้ำๆ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างเต็มที่เพราะในกระบวนการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุด ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรค คือการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข แต่ที่ผ่านมายังไม่มีระบบการจัดการที่ดีพอ แก่ปัญหายังไม่ตรงจุด ชุมชนยังขาดความเข้าใจ หวาดระแวง ในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับความใส่ใจจากคนในครอบครัว จนในที่สุดก็มีอาการกำเริบซ้ำ จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤติยา แสงเจริญ (2538) พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเวชถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านอย่างถูกต้อง แต่ญาติก็ยังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน และต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยม และสอนการจัดการกับอาการผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับซ้ำที่บ้าน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนสามารถดูแลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับญาติพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้นมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยโรคจิต และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่บ้าน จากการสัมภาษณ์และการสำรวจเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พบว่าอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยคือไม่ทราบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และที่สำคัญไม่ยอมรับผู้ป่วย บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตหวังว่าญาติ ครอบครัว และคนในชุมชน จะมี

ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเอง ไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ไม่มีอาการที่รุนแรง และผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข โดยเริ่มต้นที่ตัวญาติและผู้ป่วยเอง และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติอยู่และบุคลากรในทีมสุขภาพ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลป่าพะยอมได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทบทวนและนำกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขทั้งจาก โรงพยาบาล รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ และประชาชนในพื้นที่ เน้นให้ชุมชนและคนในครอบครัวผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างจริงจัง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

4.ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565

5.สรุปผลงานโดยย่อ

กิจกรรมการพัฒนา

1. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอป่าพะยอม โดยแยกตามสถานบริการแต่ละ รพ.สต.และคืนข้อมูลแก่พื้นที่ในการสำรวจ ติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่อง
2. จัดอบรมพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตแก่ บุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกำหนดทิศทางในการดำเนินงาน
3. จัดอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ คัดกรอง และเฝ้าระวังในผู้ป่วยรายเก่า แนวทางการติดตามเยี่ยมและติดตามให้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง ตามนัด และแนวทางให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามความจำเป็น
4. รพ.สต.และแกนนำ อสม.สำรวจและประเมินผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่ตนเอง รณรงค์ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา และการสำรวจผู้ป่วยรายเก่า โดยแบ่งระดับผู้ป่วยเป็นระดับ 1 2 3 ตามแบบประเมิน 9 ด้าน เพื่อช่วยต่อการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 1 ให้การเยี่ยมและดูแลโดย อสม. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 2 เยี่ยมและดูแลโดยเจ้าหน้าที่จากรพ.สต. ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับ 3 ถือว่ามีปัญหา จะได้รับการเยี่ยมและดูแลโดยพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย
5. เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
6. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน และรายที่จัดอยู่ที่ ระดับ 3 เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำญาติ
7. สร้างช่องทางในการติดต่อสื่อสารประสานงาน ระหว่าง รพ.สต.,สตอ.และ รพ.แม่ข่าย ในการให้คำปรึกษา

8.สรุปผลการติดตามเยี่ยมของแต่ละพื้นที่ในแต่ละเดือนส่งที่ผู้ประสานงานระดับสสอ. หากพบว่ามีปัญหาจากการติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ทีมเยี่ยมจะรวบรวมข้อมูลมาร่วมปรึกษากับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลและทีมระดับอำเภอ เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือต่อไป

6. เป้าหมาย

เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงมีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องขาดผู้ดูแล ขาดการเอาใจใส่ ทำให้รักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบ ก่อความรุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีเครือข่ายสุขภาพร่วมดูแล เพื่อให้ทุกคนอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขในชุมชน

8. การเปลี่ยนแปลง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอำเภอป่าพะยอมมีส่วนร่วม ทำให้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่องจากคนในชุมชนแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ชุมชนไม่รู้สึกลัวผู้ป่วยเป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดอาการกำเริบและอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถการใช้ชีวิตโดยรวมดีขึ้น อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ประเมินจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อโรงพยาบาลพัทลุง มีจำนวนลดลงจาก 3.70 % ในปี 2563 เป็น 2.58 % ในปี 2564

9. การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

ประโยชน์ของผลงานที่มีต่อหน่วยงาน/ประชาชน

- 1.เป็นต้นแบบในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่
2. เป็นการแสวงหาภาคีเครือข่าย อปท อสม ในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

3. ผู้ป่วยสุขภาพจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ ชุมชนให้โอกาสและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

4. ลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล การขยายผลเพื่อเป็นแนวทางแก่หน่วยงานอื่น

1. สร้างและสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ
2. ผสมผสานบูรณาการงานสุขภาพจิตให้มีการขับเคลื่อนภายใต้ระบบจัดการสุขภาพอำเภอ
3. เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานด้านสุขภาพจิตแก่หน่วยงานอื่นๆ ได้

10. บทเรียนที่ได้รับ

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาที่หลากหลายและยุ่งยากซับซ้อน การดูแลและประสานความร่วมมือจากภาคเครือข่ายสุขภาพ จะช่วยให้งานขับเคลื่อนได้เร็วขึ้นและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

2. เป็นต้นแบบในการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ ชุมชนให้โอกาสและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

3. สามารถนำมาถอดบทเรียนกับผู้ป่วยเรื้อรังรายอื่นที่มีปัญหาการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน ได้

4. วางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้ได้ครบร้อยละ 95 ในปี 2565