

การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

24 กุมภาพันธ์ 2546

ISBN 974-9593-39-1

ชื่อหนังสือ การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

บรรณาธิการ

นางวัชณี	หัตถพนม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดขอนแก่น
นางสุดี	ศรีวิเศษ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดสกลนคร

ผู้เขียน

นายไพโรจน์	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพ 6	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 5	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางธีราพร	มณีนาก	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ 8	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 974-9593-39-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2546 จำนวน 200 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์

โทร.0-4332-1765, 0-4322-4836

โทรสาร 0-4322-4836 E-mail : ptprint@hotmail.com

คำนิยม

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้ดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชนโดยมีการแบ่งผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนในแต่ละจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งเรียกว่า ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด และอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหน่วยงานที่เรียกว่า สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม เรียกว่า ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด ได้ดำเนินงานในรูปแบบนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 - ปัจจุบัน ซึ่งนอกจากจะรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดแล้ว ยังรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนขณะเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษซ้ำภายใน 3 เดือน กลับมารักษาซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 10 ขึ้นไป มีประวัติลี้ภัยขณะอยู่ในชุมชน และมีปัญหากับครอบครัวและชุมชนขณะอยู่ที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

จากผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมาประมาณ 4 ปี ของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด จึงได้ถ่ายทอดประสบการณ์จากการทำงานจริงในชุมชนนำมาเขียนเป็นเอกสารทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเองอย่างเหมาะสม

เอกสารทางวิชาการชุดนี้ แบ่งออกเป็น 2 เล่ม คือ

เล่มที่ 1 เรื่อง การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

เล่มที่ 2 เรื่อง การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

เอกสารทางวิชาการทั้ง 2 เล่ม จึงเป็นการถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

กระผมขอชื่นชม ความมุ่งมั่น และความตั้งใจจริงของทีมงานที่จัดทำเอกสารนี้ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สละเวลาอันมีค่าถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชนต่อไป



(นพ.ทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

24 กุมภาพันธ์ 2546

คำนำ

การบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน หนังสือเล่มนี้ในแต่ละบทจะกล่าวถึงรายละเอียด

บทที่ 1 บทนำ เป็นการกล่าวถึงความเป็นมาของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความสำคัญ เป้าหมาย รูปแบบ และวัตถุประสงค์ ในการทำเอกสารฉบับนี้

บทที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างองค์กร เป็นการกล่าวถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างองค์กรของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด หน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรและทีมสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัด ตลอดจนคณะกรรมการวิชาการ และคณะกรรมการพัฒนาบริการชุมชน

บทที่ 3 แนวคิดและความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นการกล่าวถึง ความหมายของภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การติดตามเยี่ยมและการให้ความช่วยเหลือ บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต

บทที่ 4 ระเบียบปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กล่าวถึง ขั้นตอนในการปฏิบัติงานในกรณีที่ติดผู้ป่วยในร้องขอให้สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดจัดทีมสุขภาพจิตออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน กรณีที่เครือข่ายในชุมชนร้องขอให้ติดตามเยี่ยม และการช่วยเหลือในกรณีประสบอุทกภัย ซึ่งในบทนี้จะมีกรณีตัวอย่างของการเขียนรายงาน ก่อนและหลังติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้ศึกษาด้วย

บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ บทนี้จะให้ข้อคิดที่น่าสนใจแก่ผู้ที่ต้องทำงานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

นอกจากนี้ในภาคผนวกยังมี แบบฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอีกด้วย

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณ ผู้จุดประกายให้เห็นแนวคิด และนโยบายในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนทำให้เกิดการรวบรวมผลการปฏิบัติงานเป็นรูปเล่มฉบับนี้

1. นพ.อภิชัย มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
2. นพ.ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ขอขอบพระคุณ องค์กรแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ และกลุ่มงานจิตวิทยา ที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการจัดทำหนังสือฉบับนี้

ในบทที่ 3 บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว คือ พญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล คุณณิต โคตมะ คุณกานดา ผาวงค์ คุณกมลลักษณ์ กำจาย ซึ่งเป็นบุคลากรของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้ จะสามารถเอื้อประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง ในการนำเอาสาระที่มีอยู่ในหนังสือเล่มนี้ไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะโดยการใช้เป็น เอกสารอ้างอิง หรือใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนต่อไป

วราณี หัตถพนม และคณะ

24 กุมภาพันธ์ 2546

สารบัญ

คำนิยม	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
ประวัติผู้เขียน	ช
ประวัติบรรณาธิการ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างองค์กร	7
วิสัยทัศน์	7
พันธกิจ	7
โครงสร้างองค์กรสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด	11
คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตโซนจังหวัด	17
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ	30
คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนางานบริการชุมชน	32
บทที่ 3 แนวคิดและความรู้ที่เกี่ยวข้อง	35
ภาวะฉุกเฉิน วิฤต ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาซับซ้อน	35
การติดตามเยี่ยมและการให้ความช่วยเหลือ	36
บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน	38
ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต	41
บทที่ 4 ระเบียบปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	51
วัตถุประสงค์	51
ขอบเขต	51
นโยบาย	52
คำจำกัดความ	52
ความรับผิดชอบ	52
เอกสารที่เกี่ยวข้อง	53
การควบคุมบันทึกคุณภาพ	55

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	56
เอกสารแนบท้าย	61
- วิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน	67
- วิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต	69
- ตัวอย่างการเขียนรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน	71
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	105
- แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	107
- ทะเบียนรับเรื่องให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	111
- บันทึกข้อความขออนุมัติให้ข้าราชการเดินทางไปราชการ	112
- รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน	113
- ทะเบียนรับเรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและการติดตามเยี่ยม	120
- การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อน	121
- แบบฟอร์มการเขียนโครงการ	
- การประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินงานต่อในพื้นที่	124
- การติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต	125
- รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่	132

สารบัญแผนภูมิ

9.1	ผังกระบวนการ (Flow chart) : การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล)	62
9.2	ผังกระบวนการ (Flow chart) : การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในชุมชน)	64
9.3	ผังกระบวนการ (Flow chart) : การบริการสุขภาพจิตชุมชน (โครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต)	66

ประวัติผู้เขียน

1. นายไพรวลัย รมชัย

- 1.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6
- 1.2 ประวัติการศึกษา - ปี พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
- ปี พ.ศ. 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 1.3 ประวัติการทำงาน - ปี พ.ศ. 2531 - ปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ติ๊กผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 1.4 สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2610, 2611

2. นางไพลิน ปรัชญคุปต์

- 2.1 ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ 5
- 2.2 ประวัติการศึกษา - ปี พ.ศ. 2538 สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- 2.3 ประวัติการทำงาน - ปี พ.ศ. 2539 - ปัจจุบัน นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2539 - ปัจจุบัน ให้บริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 2.4 สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2313

พยาบาลวิชาชีพ 7

พยาบาลวิชาชีพ 7

- ปี พ.ศ. 2517 ประกาศนียบัตรพยาบาล ๘๓๓๓๓๓ และอนามัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

- ปี พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จาก
โรงพยาบาลศรีธัญญา

- ปี พ.ศ. 2516 - ปัจจุบัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- ปี พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด (รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจังหวัดอุดรธานี) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2304

พยาบาลวิชาชีพ 8

พยาบาลวิชาชีพ 8

- ปี พ.ศ. 2529 การศึกษำบัณฑิต (วิชาเอกครูพยาบาล) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

- ปี พ.ศ. 2528 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
โรงพยาบาลศรีธัญญา

- ปี พ.ศ. 2514 - ปัจจุบัน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- ปี พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด (รับผิดชอบงาน
สภาพจิตและจิตเวชชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์และหนองคาย)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2304

ประวัติบรรณารักษ์การ

1. นางวัชณี หัตถพนม

- 1.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
- 1.2 ประวัติการศึกษา - ปี พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- ปี พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
- 1.3 ประวัติการทำงาน - ปี พ.ศ. 2518 - 2530 พยาบาลวิชาชีพตึกชงโค (ตึกแรกรับและเร่งรัด บำบัดชาย) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2530 - 2538 หัวหน้าตึกชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน ผู้นิเทศงาน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด (รับผิดชอบงาน สุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนจังหวัดขอนแก่น) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 1.4 สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2304, 0-1975-9207

2. นางสุวิทย์ ศรีวิเศษ

- 2.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
- 2.2 ประวัติการศึกษา - ปี พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
- ปี พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
- 2.3 ประวัติการทำงาน - ปี พ.ศ. 2522 - 2531 พยาบาลวิชาชีพตึกแรกรับ (ชงโค) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2532 - 2534 หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- ปี พ.ศ. 2535 - 2540 หัวหน้าตึกผู้ป่วยเรื้อรังรัดน้ำบาด (อังสนา) และตึกแรกรับ (ขงโค) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2540 - ปัจจุบัน ผู้นิเทศงานการบริการผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ปี พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด (รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจังหวัดสกลนคร) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร.0-4322-7422 ต่อ 2304, 0-1759-2543

2.4 สถานที่ติดต่อ

บทที่ 1

บทนำ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีหน้าที่และความรับผิดชอบหลักที่เกี่ยวข้องกับงานบริการในระดับตติยภูมิ คือ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวชและโรคระบบประสาท ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันมีจังหวัดในความรับผิดชอบ 5 จังหวัดคือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สกลนคร อุดรธานี และหนองคาย นอกจากนี้ยังมีพันธกิจที่สำคัญของโรงพยาบาล คือ ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพและมาตรฐาน พัฒนาเครือข่ายบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกกระดับให้มีประสิทธิภาพ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2545)

จากหน้าที่และความรับผิดชอบ พันธกิจ ดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จึงได้จัดให้มีหน่วยงาน สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 และกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดเกิดขึ้น โดยรับผิดชอบทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในระดับตติยภูมิ ในช่วงปีแรกจึงเน้นการพัฒนาบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการสนองความต้องการของเด็กผู้ป่วยในที่ร้องขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนเท่านั้น แต่ในปีต่อมาจึงได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการมากขึ้น โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน ตามที่มีผู้ร้องขอให้ติดตามเยี่ยม หรือได้รับข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ ข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ หรือจากสื่อต่างๆ เพื่อร่วมประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหาดำเนินงานตามแผนและประเมินผลเป็นระยะๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังได้ดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชนในรูปแบบของการพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับ เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ให้มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบของคู่มือ เอกสารทางวิชาการสื่อต่างๆ การประเมินผลโครงการ และการวิจัยเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนและบริการงานวิชาการสุขภาพจิตสู่สังคม

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้นำหลักการการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และควบคุมโรค รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันความพิการ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสอน การแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน (Rovinski & Zostocki, 1989)

Keating และ Kelman (1988) กล่าวว่า การดูแลที่บ้าน เป็นบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษทางการแพทย์ที่บ้านที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาทรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นการบริการที่ต่อเนื่องเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของชุมชนโดยให้การบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ

ความสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งด้วยเหตุผลดังนี้

1. เป็นการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านบุคคลและเทคนิคการดูแล มีการผสมผสานเทคนิควิธีการทางวิทยาศาสตร์ให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพระดับวิชาชีพเป็นผู้นำในการปฏิบัติ
2. เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัวและในชุมชน จากการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาหลายครั้งพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหาย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม พฤติกรรมของคนในครอบครัวเช่นเดิม ในเวลาไม่นานผู้ป่วยก็ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำอีก
3. การรักษาทางจิตเวชผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากญาติเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การรับประทานยา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษซ้ำมักเกิดจากการขาดยาเป็นประจำ เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นมักจะรีบหยุดยาเองเร็วเกินไปทำให้อาการกำเริบขึ้นอีก
4. ความเหนื่อยหน่ายของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานานๆ และต่อเนื่อง มักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เหนื่อยหน่าย เครียด ความอดทนลดลง ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอๆ

5. ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตและการเผชิญภาวะวิกฤต จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน ทำให้ทราบว่า การช่วยเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้เรื่องโรคจิต โรคประสาท การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ แก่ญาติจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจกันและกัน และสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตร่วมกันได้ดีขึ้น

ปัจจุบันการสาธารณสุขให้ความสำคัญในการพัฒนาชุมชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และเน้นการสร้างสุขภาพ เพื่อมุ่งสู่การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชน การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงได้รับความสนใจ และพัฒนามากขึ้นเป็นลำดับ และสามารถกระทำได้ในลักษณะหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ และอาชีวบำบัด เป็นต้น โดยสามารถจัดกระทำเป็นทีม จัดระบบการดูแลตามความถนัดของผู้ปฏิบัติแต่ละวิชาชีพ และจัดตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดประโยชน์อย่างมากดังนี้

1. ลดเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้โรงพยาบาลสามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นได้เพิ่มขึ้น
2. ลดภาระของครอบครัวและความวิตกกังวลของคนในครอบครัว ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาล
3. ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว
4. ความรู้สึกของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่เป็นบ้านของตนเอง ได้ทำกิจกรรมที่พอกระทำได้ในบ้าน
5. พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สุขนิสัย และการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ
6. พัฒนาสัมพันธภาพและบทบาทในครอบครัว และความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือกันและกัน
7. พัฒนาศักยภาพ บทบาท และความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เพื่อสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยทั่วไปจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับมาเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ Pelletier (1997 อ้างในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด
2. เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
3. เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้นำบำบัดรักษา
4. มีการจัดเตรียมการดูแลที่กว้างขวางมีหลายทางเลือกที่อยู่ในระบบของโรงพยาบาล หรืออยู่ในชุมชน
5. มีการเปลี่ยนจากการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
6. มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นการให้ยา การรับประทานอาหาร
7. การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
8. ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และ

การควบคุมตนเอง

McFarland และ Thomas (1991 อ้างในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) กล่าวถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ

- 1) ส่งเสริมการทำหน้าที่ในระดับสูง
- 2) ส่งเสริมการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
- 3) การจัดเตรียมการดูแลเฉพาะสำหรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) มีความแน่นอนในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน
- 5) มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเทียบจากแผนการฝึกปฏิบัติทั้งหมด

รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

จากความสำคัญและเป้าหมายในการดูแลดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542-ปัจจุบันโดยมีรูปแบบการดำเนินงานที่มีลักษณะดังนี้

1. เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล และเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจน อสม. แก่นนำในชุมชนและองค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อวางแผนและปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2. กิจกรรมในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ดำเนินงานภายใต้ศักยภาพของพื้นที่ในชุมชนนั้นๆ จึงกำหนดวิธีการ กิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพสังคมวัฒนธรรมพื้นที่นั้นๆ เป็นไปได้จริง

3. ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตนเป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง

4. เป็นการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ความสามารถของตนเองและครอบครัว เพื่อพัฒนาไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในครอบครัวและชุมชน มีความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การอยู่รอดและความสำเร็จในชีวิต

5. เป็นการปฏิบัติการดูแลที่เน้น ความเข้าใจ การยอมรับ และการแสดงออกต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่บ้าน

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรกของการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน จะเน้นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะที่ติดผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นรณรงค์ให้ติดตามเยี่ยม เพราะผู้ป่วยกลับมารักษาย่อยๆ มีประวัติล่าช้า มีปัญหาครอบครัว ในปีต่อมาจะเริ่มขยายบริการมากขึ้น ทั้งในรูปแบบของการวิเคราะห์ข่าวจากสื่อมวลชนที่เสนอข่าวทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และจากพื้นที่ในจังหวัดต่างๆ ขอบเขต 6 ร้องขอให้ช่วยเหลือเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีปัญหาตลอดจนเริ่มพัฒนาบริการในรูปแบบของการช่วยเหลือ กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในลักษณะของกลุ่มคน และการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนมากขึ้น เช่น อุพาทนหมู่ มีผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบและกระทบกับความสัมพันธ์และความเชื่อของกลุ่มคนในวงกว้าง การช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย เป็นต้น

วัตถุประสงค์ในการจัดทำเอกสารฉบับนี้

จากการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชนเกือบ 5 ปีที่ผ่านมา จึงได้รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เอกสารฉบับนี้จึงเป็นการรวบรวมแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนในหลายรูปแบบ และมีตัวอย่างการเขียนรายงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมได้ใช้เป็นคู่มือในการทำ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังเป็นคู่มือให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ได้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตชุมชน ในด้านการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว และสามารถดำเนินการขอรับบริการได้รวมทั้งมีแบบอย่างในการเขียนรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งเครือข่ายสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในหน่วยงานของตนเองได้อีกด้วย

บทที่ 2

วิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างองค์กร

สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน โดยเมื่อเริ่มตั้งหน่วยงานนี้ในปีดังกล่าว มีจังหวัดในความรับผิดชอบ 7 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู เลย และอุดรธานี แต่ในปีงบประมาณ 2546 เหลือจังหวัดในความรับผิดชอบเพียง 5 จังหวัด โดยอีก 2 จังหวัดคือ เลย และหนองบัวลำภู เป็นจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชเลย ในบทนี้จึงขอกล่าวถึง วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างองค์กร และหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

วิสัยทัศน์

สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดจะเป็นเลิศในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนในระดับประเทศ

พันธกิจ

พันธกิจ	สอดคล้องกับพันธกิจ โรงพยาบาล
1. พัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน	ข้อ 1
2. พัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับในจังหวัด ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ	ข้อ 2
3. พัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	ข้อ 3

**กลยุทธ์ในการดำเนินงานของสำนักผู้ช่วยผู้ว่าการจังหวัด
ปีงบประมาณ 2546 - 2549**

กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				หมายเหตุ
			2546	2547	2548	2549	
1. พัฒนาระบบการบริหาร สุขภาพจิตและจิตเวชใน ชุมชน	1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ใน ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ	- ร้อยละของการลด Readmit ใน 3 เดือน - ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกดำเนิน คดี	10%	9%	8%	7%	ในจังหวัดที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น สกลนคร อุดรธานี และหนองคาย
	1.2 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน และวิกฤตในชุมชน	- ร้อยละของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและ ครอบครัวในชุมชนที่ติดผู้ป่วยในร้อยละ - ร้อยละของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและ ครอบครัวตามที่ได้รับเรื่องจากหน่วยงาน อื่น ๆ ร้อยละ	100%	100%	100%	100%	
	1.3 เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพจิต และจิตเวชให้ครอบคลุมหน่วย งานบริการสาธารณสุขทุกระดับ	- จำนวน รพศ./รพพ.ที่มีบริการครบ 5 บริการ - ร้อยละของ รพพ. ที่มีบริการครบ 4 บริการ (บริการที่ 1, 2, 3, 5) - ร้อยละของ สอ.หรือ PCU ที่มีบริการ ครบ 3 บริการ (บริการที่ 1, 2, 3) - เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการติดตามเยี่ยม ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	4	4	5	5	
	1.4 เพื่อให้บริการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ในชุมชนอย่างมีคุณภาพ		70%	80%	90%	100%	
			30%	40%	45%	50%	1. บริการสุขภาพจิตและจิตเวช 2. บริการให้การปรึกษา 3. บริการคลายเครียด 4. บริการส่งเสริมและพัฒนาการเด็ก 5. บริการจิตสังคมบำบัด
			100%	100%	100%	100%	

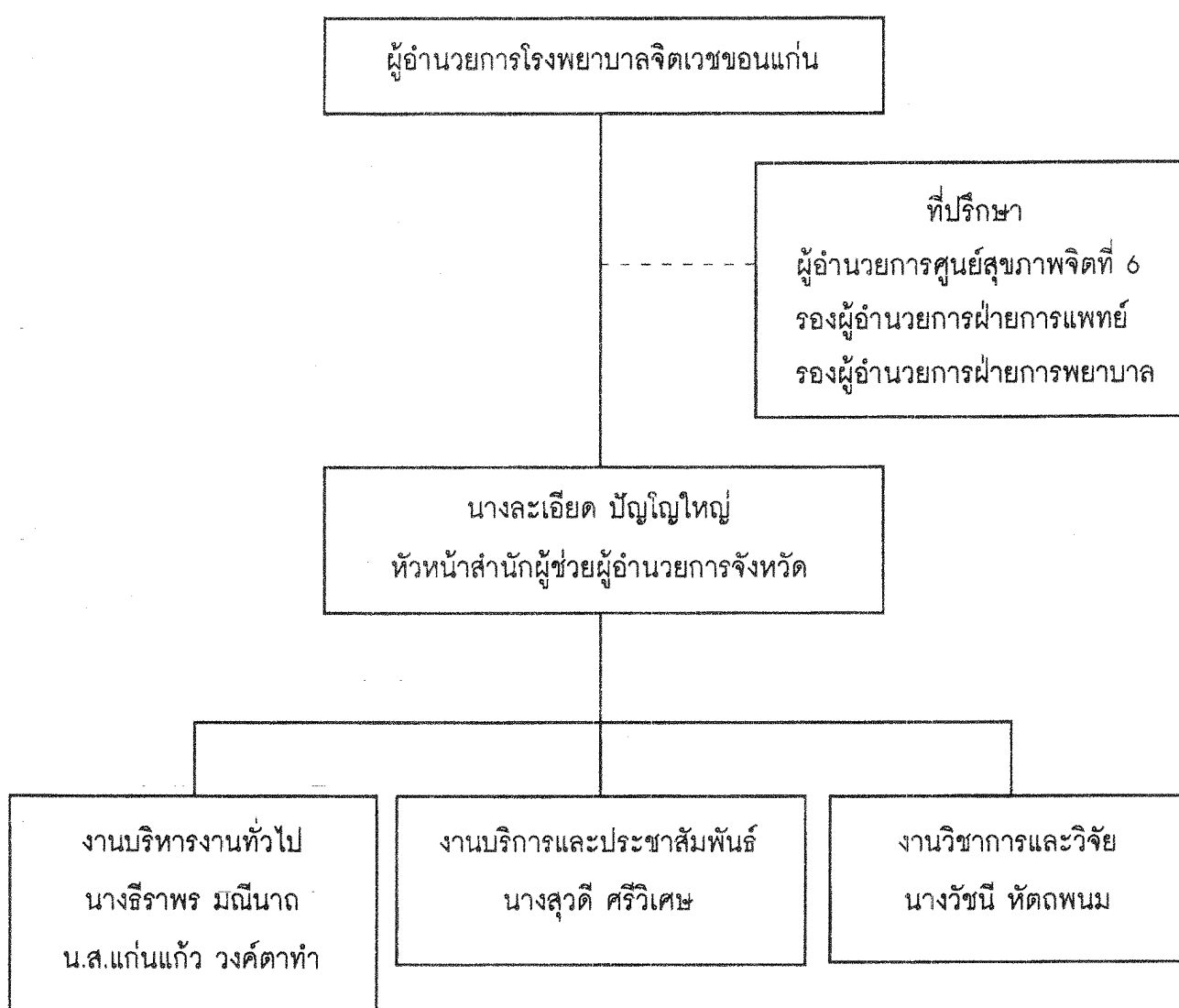
กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				หมายเหตุ
			2546	2547	2548	2549	
2. พัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับในจังหวัดที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ	2.1 เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพจิตทุกระดับทราบถึงแนวทางในการให้บริการในระบบคิยภูมิ 2.2 ส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพจิต	- ร้อยละของผู้ป่วย refer เพิ่มขึ้น	5%	5%	5%	5%	ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล
		- ร้อยละของผู้ป่วย walk in ลดลง	5%	5%	5%	5%	
		- มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ	← ครบ 5 จังหวัด →				
		- มีเครือข่ายองค์กรเอกชนในการดำเนินงานสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 องค์กร ใน 1 จังหวัด	-	-	5 องค์กร	5 องค์กร	
		- ร้อยละของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับได้รับการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพจิต	50%	50%	50%	50%	
	2.3 สนับสนุนด้านวิชาการแก่เครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน	- ติดตามเยี่ยมและฟื้นฟูความรู้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต	10 ครั้ง	10 ครั้ง	10 ครั้ง	10 ครั้ง	
		- เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดละ 2 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	
		- ประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	
		- ฟื้นฟูความรู้แก่เครือข่ายระดับเขตในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	
		- ร้อยละของงานด้านวิชาการที่สามารถดำเนินการสนับสนุนได้ตามที่ร้องขอ	80%	80%	90%	95%	

กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				หมายเหตุ
			2546	2547	2548	2549	
3. พัฒนาศักยภาพเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	3.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	- จำนวนผลงานการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้น	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	- องค์กรที่ได้แก่ คู่มือตำราเอกสารทางวิชาการ วิทยาลัยต่างๆ
	3.2 พัฒนางานด้านวิชาการจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ	- จำนวนคณะผู้มาศึกษาดูงานจากหน่วยงานทั่วประเทศ	2 คณะ	3 คณะ	4 คณะ	5 คณะ	

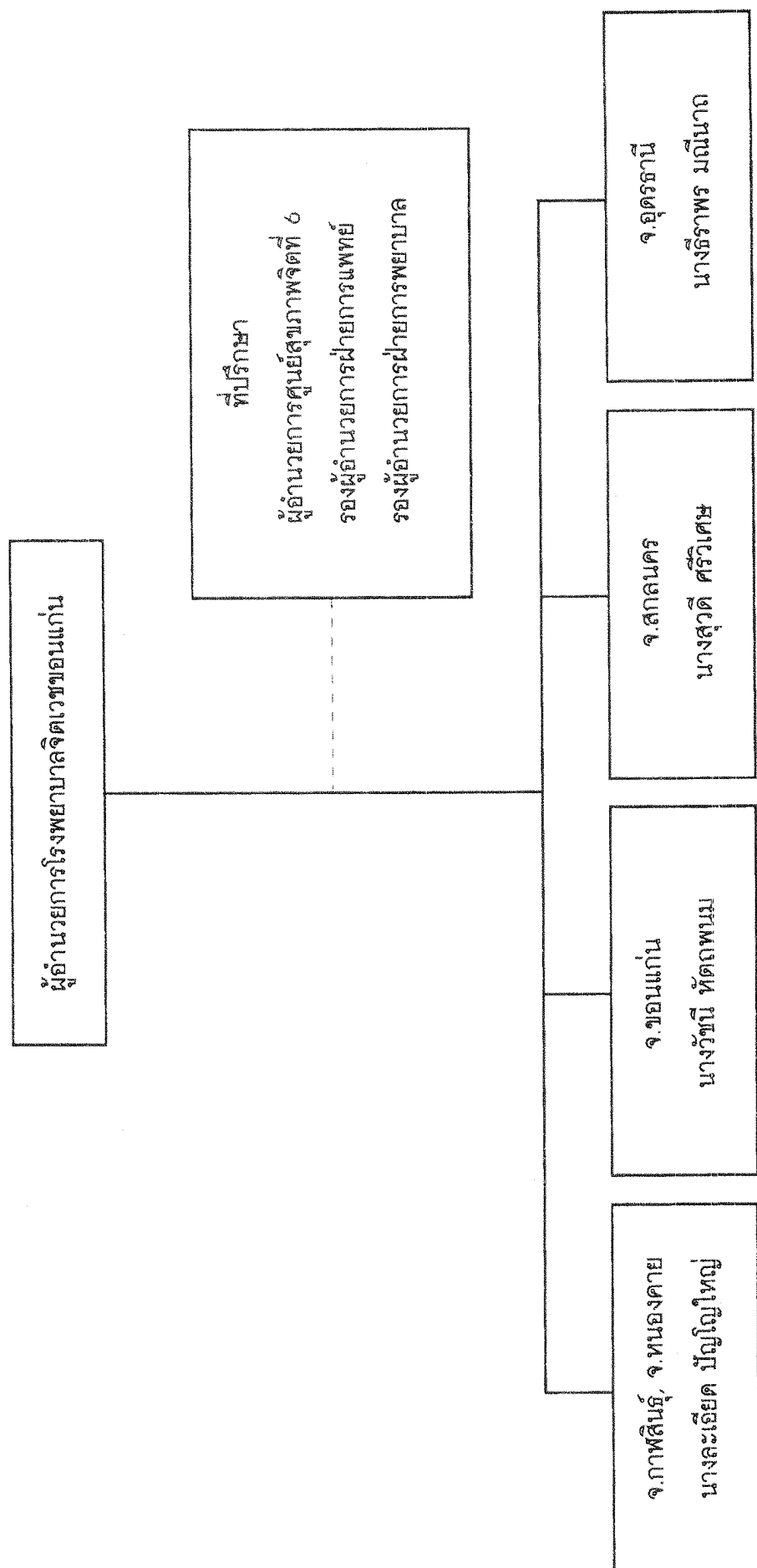
โครงสร้างองค์กรสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

เพื่อให้การดำเนินงานการบริการสุขภาพจิตชุมชน เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จึงได้จัดตั้งสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดขึ้นมา โดยมีการแบ่งโครงสร้างองค์กรตามความรับผิดชอบในสำนักงาน และแบ่งโครงสร้างองค์กรตามจังหวัดที่รับผิดชอบดังโครงสร้างต่อไปนี้

โครงสร้างองค์กรสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด



โครงสร้างองค์กรแบ่งตามรับผิดชอบจังหวัด



หมายเหตุ ในการปฏิบัติงานของโซนจังหวัดแต่ละจังหวัดให้ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการแวกเว้นด้านบริหารงานทั่วไป งานบริการและประชาสัมพันธ์ งานวิชาการ และวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดให้เสนอผ่านหัวหน้าสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ

1. หน้าที่และความรับผิดชอบสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

1.1 หัวหน้าสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ (นางละเอียด ปัญญาใหญ่)

- 1.1.1 รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดหนองคาย
- 1.1.2 รับนโยบายและวางแผนการดำเนินงาน
- 1.1.3 วางแผนการดำเนินงานในสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ที่สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของพื้นที่
- 1.1.4 จัดทำแผนงานและงบประมาณรวมทั้งรวบรวมแผนงานและงบประมาณของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
- 1.1.5 ติดตาม ควบคุม กำกับกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานและประเมินผลเป็นระยะๆ
- 1.1.6 วางแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตในเขต 6
- 1.1.7 กำหนดวาระการประชุมรวมทั้งดำเนินการประชุมในแต่ละครั้ง ของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
- 1.1.8 ประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหาร บริการ วิชาการและวิจัย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

1.2 งานบริหารงานทั่วไป (นางธีราพร มณีนาถ)

- 1.2.1 รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจังหวัดอุดรธานี
- 1.2.2 จัดทำแผนงบประมาณวัสดุ ครุภัณฑ์ของสำนักงานและปฏิบัติตามแผน
- 1.2.3 ควบคุม ดูแล บำรุงรักษา ส่งซ่อม วัสดุครุภัณฑ์สำนักงานให้พร้อมใช้งานเสมอ
- 1.2.4 วางแผนในการจัดสรรบุคลากรประจำสำนักงาน
- 1.2.5 ดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ธุรการประจำสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด และประเมินผลการทำงาน
- 1.2.6 ร่วมวางแผนการพัฒนางานเครือข่ายบริการสุขภาพจิตเขต 6 เช่น การวางแผนการปฏิบัติงานงบประมาณ การประชุม/สัมมนา งานวิชาการและวิจัย
- 1.2.7 จัดเก็บสถิติประจำเดือนของสำนักงานและรวบรวมสถิติประจำปี
- 1.2.8 ประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารงานทั่วไป เมื่อครบกำหนดที่วางแผนไว้
- 1.2.9 ควบคุมการปฏิบัติงานด้านสารบรรณของสำนักงาน

1.3 งานบริการ/ประชาสัมพันธ์ (นางสุวิทย์ ศรีวิเศษ)

- 1.3.1 รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร
- 1.3.2 วางแผนพัฒนาการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และสนับสนุน ให้เกิดการบริการตามที่วางแผนไว้

- 1.3.3 ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้
ให้บริการผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน
- 1.3.4 ควบคุมดูแลงาน 5 ส. ของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
- 1.3.5 วางแผนและดำเนินงานด้านประชาสัมพันธ์ของสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
- 1.3.6 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในด้านข้อมูลข่าวสาร
ที่เกี่ยวข้อง
- 1.3.7 ประสานงานในการดำเนินงานการประชุมในแต่ละเดือน รวมทั้งบันทึกรายงานการประชุม
นำเสนอผู้อำนวยการเมื่อวาระการประชุมมีความสำคัญ
- 1.3.8 ร่วมวางแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตเขต 6 เช่น วางแผนการปฏิบัติงาน
งบประมาณ การประชุม สัมมนา งานวิชาการและวิจัย เป็นต้น
- 1.3.9 ประเมินผลการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
- 1.4 งานวิชาการและวิจัย (นางวัชณี หัตถพนม)
 - 1.4.1 รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจังหวัดขอนแก่น
 - 1.4.2 วางแผนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการของบประมาณการวิจัยและดำเนินการวิจัย
 - 1.4.3 สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานวิจัยในเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเขต 6
 - 1.4.4 จัดทำคู่มือ เอกสารหรือสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวิชาการ บริการสุขภาพจิตและ
จิตเวชชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
 - 1.4.5 ร่วมวางแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตเขต 6 เช่น วางแผนการปฏิบัติงาน
งบประมาณ ประชุม สัมมนา
 - 1.4.6 ประเมินผลการดำเนินงานด้านวิชาการและวิจัยเมื่อครบกำหนดที่วางแผนไว้
 - 1.4.7 อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มาศึกษาดูงานภายในสำนักงานและโรงพยาบาล

2. คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

2.1 นางละเอียด ปัญญาใหญ่

ตำแหน่ง : หัวหน้าสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ

ระดับ : หัวหน้ากลุ่มงาน

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. ระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
สาขาการพยาบาล
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

3. มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 10 ปี

4. ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น

2.2 นางธีราพร มณีนาถ

ตำแหน่ง : หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป

ระดับ : หัวหน้างาน

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
3. มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจิต และจิตเวช อย่างน้อย 10 ปี

2.3 นางสาวดี ศรีวิเศษ

ตำแหน่ง : หัวหน้างานบริการและประชาสัมพันธ์

ระดับ : หัวหน้างาน

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. ระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือเทียบเท่าและได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
3. มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจิต และจิตเวช อย่างน้อย 10 ปี

2.4 นางวัชณี หัตถพนม

ตำแหน่ง : หัวหน้างานวิชาการและวิจัย

ระดับ : หัวหน้างาน

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. ระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าและได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
3. มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจิต และจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี

2.5 น.ส.แก่นแก้ว วงศ์ตาทำ

ตำแหน่ง : พนักงานประจำตึก

ระดับ : ผู้ปฏิบัติ

หน้าที่และความรับผิดชอบ

1. ลงทะเบียนหนังสือเข้า - ออก
2. เวียนหนังสือภายในและภายนอกหน่วยงาน
3. พิมพ์งานหนังสือประเภทต่างๆ เช่น หนังสือโต้ - ตอบ ทางราชการ โครงการ / แผนงาน และรายงาน
4. จัดเก็บเอกสารเข้าแฟ้มงานแต่ละเรื่อง
5. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. ระดับการศึกษาขั้นต่ำ ระดับปวช. ปวส. หรืออนุปริญญา
2. พิมพ์ดีดไทย - อังกฤษได้ดี
3. ใช้งานคอมพิวเตอร์ได้ และสามารถเรียนรู้การใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำได้
4. มีความรู้เกี่ยวกับงานสารบรรณและวิธีปฏิบัติงานที่อยู่ในความรับผิดชอบ

2.6 ตำแหน่ง : ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด

ระดับ : ผู้ปฏิบัติ

หน้าที่และความรับผิดชอบ

1. ประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในตึกผู้ป่วยและในชุมชน
2. วางแผนการติดตามเยี่ยม และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน จัดทำรายงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามเยี่ยม
3. นำเสนอรายงาน ตลอดจนปัญหาอุปสรรคให้ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัดทราบ
4. ลงทะเบียนการติดตามเยี่ยมและลงทะเบียนการแจกจ่าย
5. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คุณสมบัติและทักษะที่ต้องการ

1. การศึกษาขั้นต่ำจบหลักสูตรการพยาบาลระดับต้นหรือปริญญาตรีสังคมศาสตร หรือจิตวิทยา
2. มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช อย่างน้อย 1 ปี



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 156/2545

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตโซนจังหวัดกาฬสินธุ์

เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ด้านการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน ดำเนินงานไปได้ด้วยดี มีประสิทธิภาพบังเกิดผลดีแก่ทางราชการจึงแต่งตั้งให้ข้าราชการปฏิบัติงานและรับผิดชอบ ตามผังโครงสร้างองค์กรแนบท้ายคำสั่ง ดังต่อไปนี้

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
- 1.2 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- 1.3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

2. คณะทำงานสุขภาพจิต

- | | | | |
|------|-----------------|----------------|---------------------|
| 2.1 | นางละเอียด | ปัญญาใหญ่ | พยาบาลวิชาชีพ 8 |
| 2.2 | นางบุญเรือง | ร่วมแก้ว | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.3 | นางนิภาลักษณ์ | ทับนิยม | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.4 | นางสโรชา | บางแสง | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.5 | นางณัฏฐาภรณ์ | เป้าเรือง | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.6 | นางสาวประพัทธรา | จันทร์ระสมบัติ | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 2.7 | นางสาวกิริภรณ์ | มาป้อง | พยาบาลเทคนิค 4 |
| 2.8 | นายวรเทพ | มูลกัน | พยาบาลเทคนิค 6 |
| 2.9 | นางอำไพ | จันทร์ | พยาบาลเทคนิค 6 |
| 2.10 | นางสาววรรณภา | สาโรจน์ | นักสังคมสงเคราะห์ 4 |

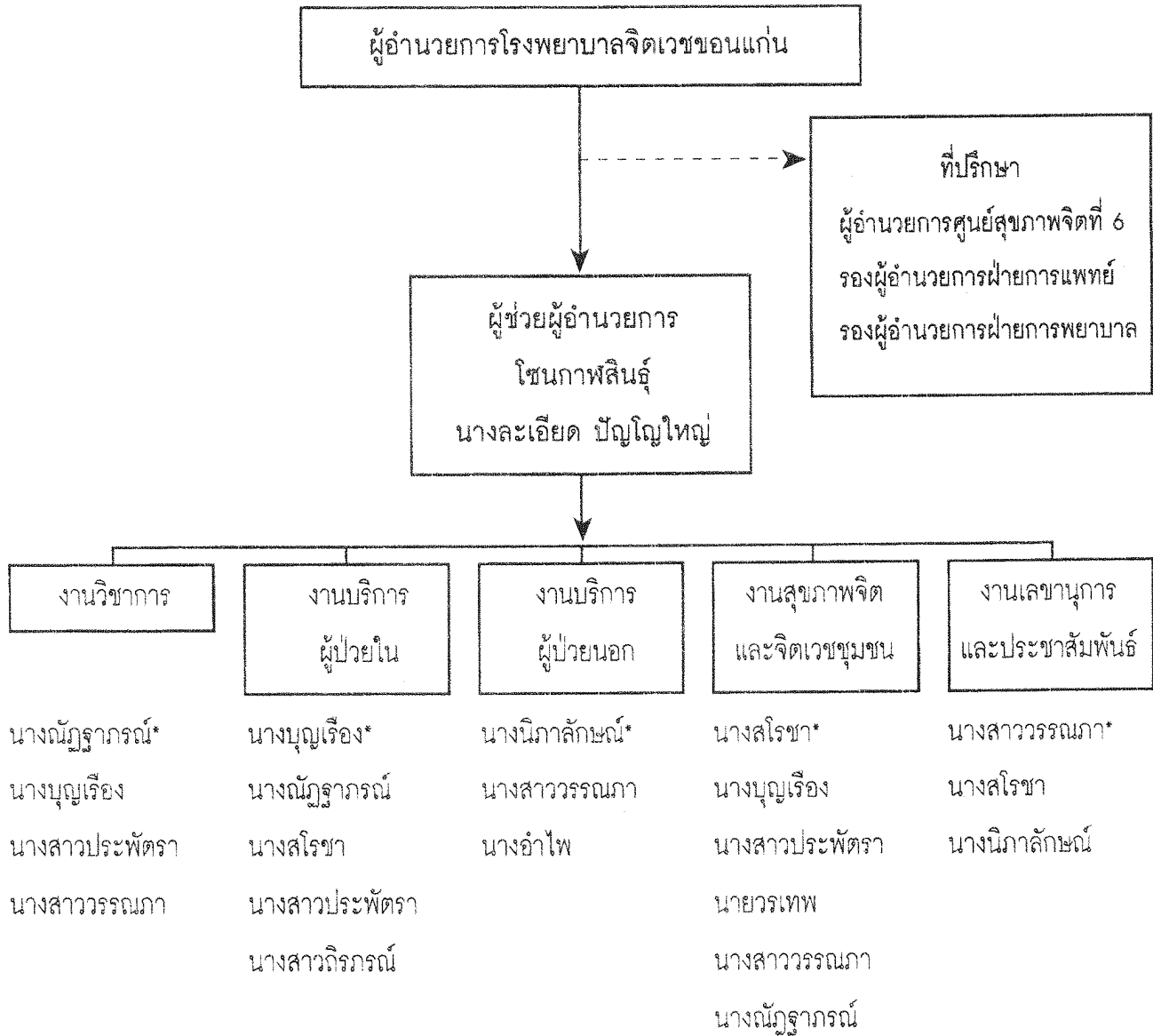
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2545

(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผังโครงสร้างองค์กรโซนจังหวัดกาฬสินธุ์



* หมายถึง หัวหน้างาน



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 18/2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตในจังหวัดขอนแก่น

ตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตแต่ละจังหวัดของเขต 6 เพื่อพัฒนาบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกระดับในจังหวัด ที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการประจำจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
- 1.2 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- 1.3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

2. คณะทำงานสุขภาพจิต

- | | | | |
|------|----------------|------------|---------------------|
| 2.1 | นางวัชนี | หัตถพนม | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.2 | นางสิวลี | เปาโรหิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.3 | นางวรรณภา | แห้วดี | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.4 | นางเจตน์ภาดา | นาคนุต | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.5 | นางจิตรประสงค์ | สิงห์นาง | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.6 | นางกาญจน์กนก | สุรินทร์มฤ | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.7 | นางไพลิน | ปรัชญคุปต์ | นักสังคมสงเคราะห์ 5 |
| 2.8 | นางภาวิณี | สถาพรธีระ | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.9 | นายนพดล | กัณหากุล | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 2.10 | นายไพโรวัลย์ | ร่มชัย | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.11 | นายวิญญู | สิงห์นาง | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 2.12 | นางนิตยา | งามคุณ | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 2.13 | นางสาคร | ปรีวันตา | พยาบาลวิชาชีพ 5 |

2.14 นางสาวสุนันทา	แสงปาก	พยาบาลวิชาชีพ 3
2.15 นางสาวศรัณพร	มรกตศรีวรรณ	พยาบาลเทคนิค 6
2.16 นางสาวเยาวภา	ประจันตะเสน	พยาบาลเทคนิค 6
2.17 นายคมสันต์	น้อยเส้น	พยาบาลเทคนิค 5
2.18 นายอาทิตย์	นาโพ้นทัน	พยาบาลเทคนิค 4
2.19 นางสาวสุภารัตน์	พรหมกันท์	พยาบาลเทคนิค 4
2.20 นางสาวสายฝน	สมีกกลาง	พยาบาลเทคนิค 4
2.21 นายวรวิทย์	ทองครไทย	พยาบาลเทคนิค 4

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ดังผังโครงสร้างองค์กร ที่แนบมาพร้อมนี้

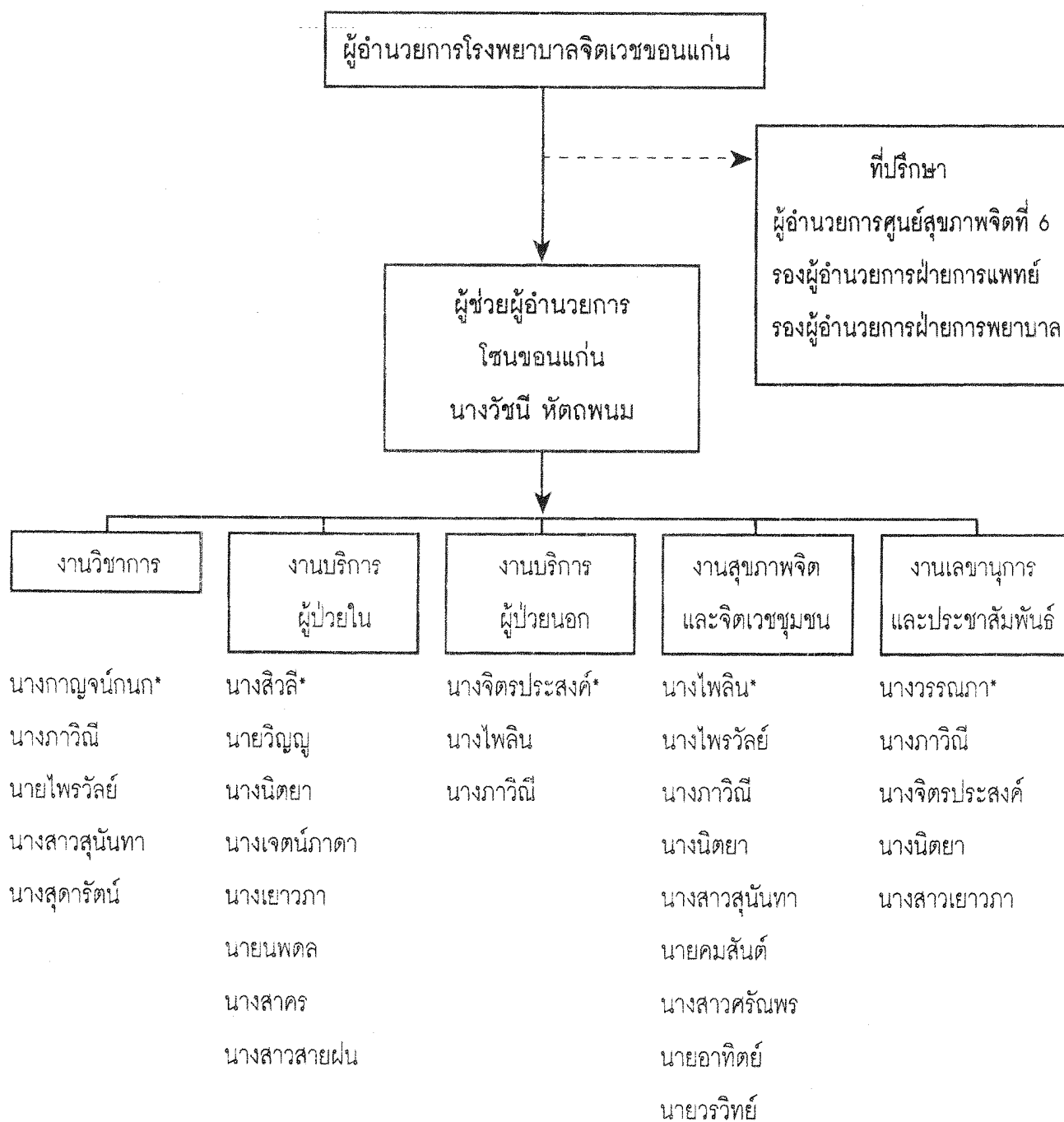
สั่ง ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546



(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผังโครงสร้างองค์กรโซนจังหวัดขอนแก่น



* หมายถึง หัวหน้างาน



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 27/2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตในจังหวัดสกลนคร

ตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดของเขต 6 เพื่อพัฒนาบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกระดับในจังหวัดที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการประจำจังหวัดสกลนคร ดังนี้

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
- 1.2 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- 1.3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

2. คณะทำงานสุขภาพจิต

2.1	นางสุดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.2	นางศิริวรรณ	ฤกษ์ชนะขจร	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.3	นางวิภาดา	คณะไชย	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.4	นายพรดุษิต	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.5	นางสาวนพพร	ตรีโอษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ 5
2.6	นางสาวระพีพร	แก้วคอนไทย	พยาบาลวิชาชีพ 4
2.7	นางสาววรรณภา	สาโรจน์	นักสังคมสงเคราะห์ 4
2.8	นายธีรยุทธ	ยอดสง่า	พยาบาลเทคนิค 6
2.9	นางสาคร	บุปผาเฝ้า	พยาบาลเทคนิค 6
2.10	นางปิยะวดี	ทุมหนู	พยาบาลเทคนิค 4
2.11	นางสาวณัฐรัตน์	กลางมณี	พยาบาลวิชาชีพ 3
2.12	นางสาววราภรณ์	รัตนวิศิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ 4
2.13	นางสาวสุนละมัย	พัฒน์ใหม่	พยาบาลเทคนิค 4

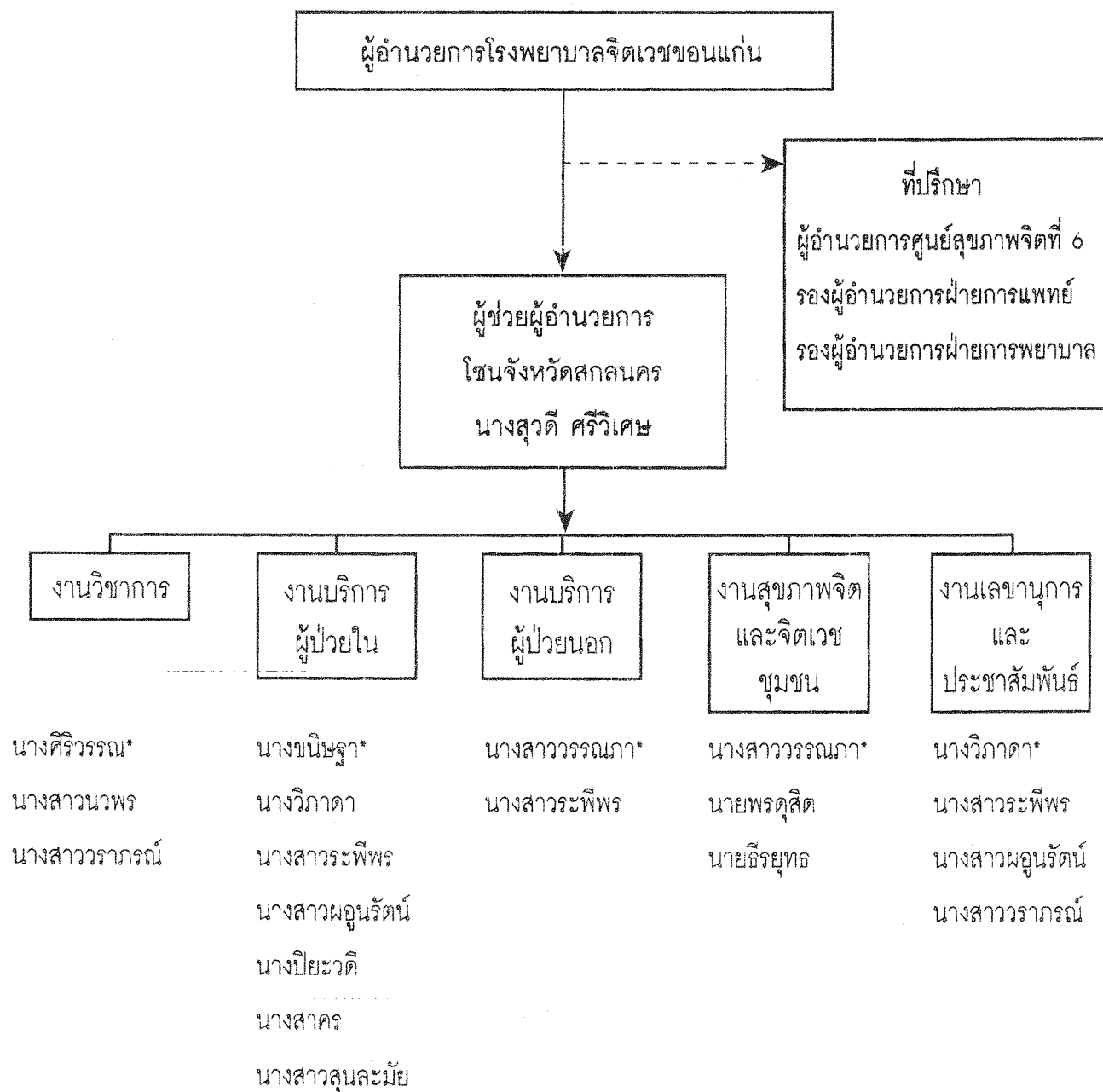
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546

(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผังโครงสร้างองค์กรโซนจังหวัดสกลนคร



* หมายถึง หัวหน้างาน



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 155/2545

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตโซนจังหวัดหนองคาย

เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน ดำเนินงานไปได้ด้วยดี มีประสิทธิภาพบังเกิดผลดีแก่ทางราชการ จึงแต่งตั้งให้ข้าราชการปฏิบัติ งานและรับผิดชอบ ตามผังโครงสร้างองค์กรแนบท้ายคำสั่ง ดังต่อไปนี้

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
- 1.2 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- 1.3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

2. คณะทำงานสุขภาพจิต

- | | | | |
|------|-----------------|----------------|---------------------|
| 2.1 | นางละเอียด | ปัญญาใหญ่ | พยาบาลวิชาชีพ 8 |
| 2.2 | นางพิมพ์ภัทสร | แสงบัณฑิต | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 2.3 | นางสาวชมพูเนกซ์ | โชคศรีมัทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 2.4 | นายนิมิต | แก้วอาจ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.5 | นางสาวศิริพร | นันทะนำ | พยาบาลวิชาชีพ 4 |
| 2.6 | นางสาวสุกฤติยา | กุลศรี | พยาบาลวิชาชีพ 4 |
| 2.7 | นายยอดเพชร | วันน้อย | พยาบาลเทคนิค 4 |
| 2.8 | นางปริยาภรณ์ | เสริมอ้วน | พยาบาลเทคนิค 5 |
| 2.9 | นายสุรัชย์ | เทียบกว้าง | พยาบาลเทคนิค 4 |
| 2.10 | นางสาวนุจรินทร์ | บัวละคร | พยาบาลเทคนิค 4 |
| 2.11 | นางนิภาลักษณ์ | ทับนิยม | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.12 | นางสาวลัดดา | ศักดิ์เดชฤทธิ์ | นักสังคมสงเคราะห์ 3 |

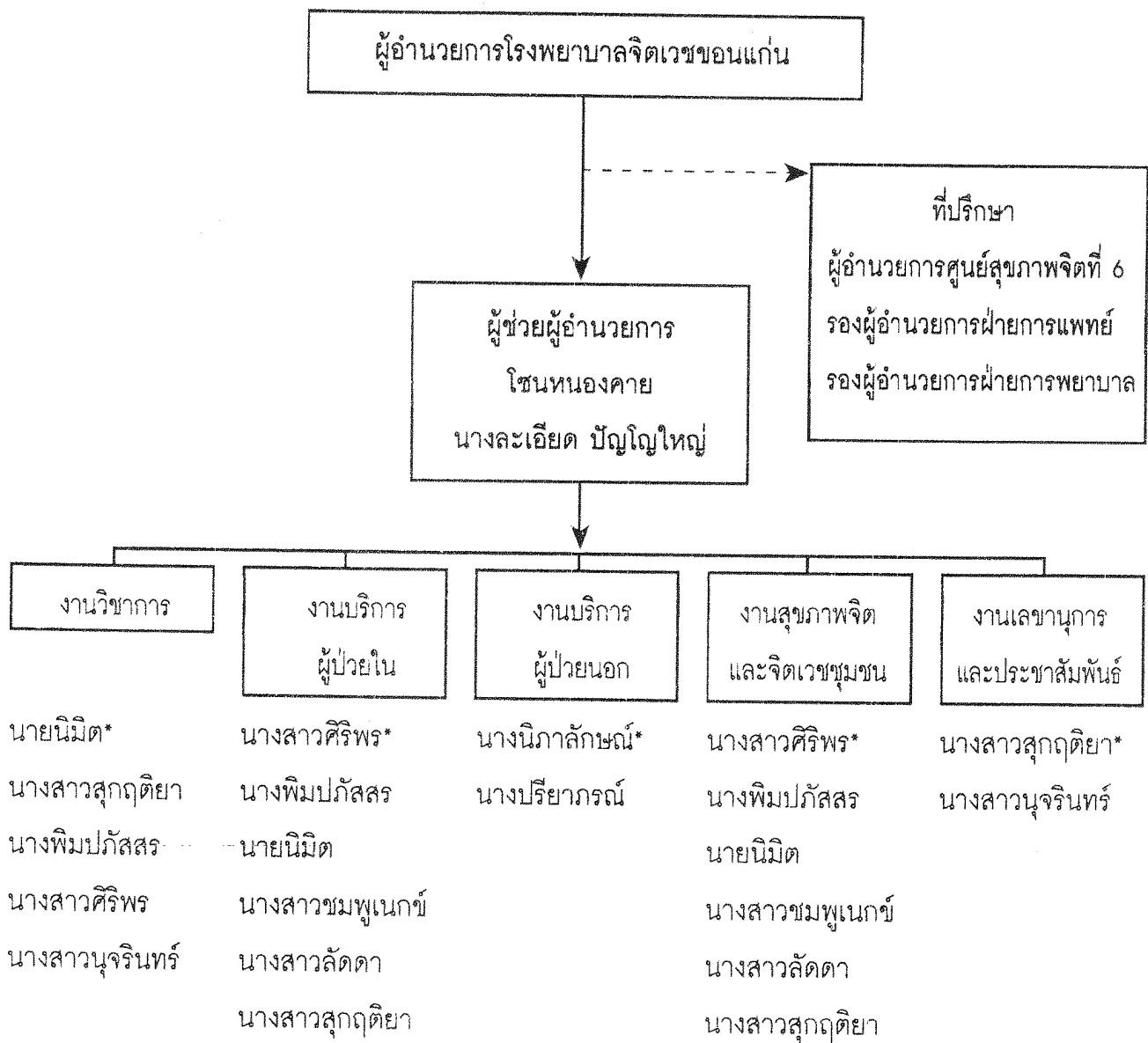
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2545

(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผังโครงสร้างองค์กรโซนจังหวัดหนองคาย



* หมายถึง หัวหน้างาน



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 5/2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตโซนจังหวัดอุดรธานี

เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ด้านการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน ดำเนินงานไปได้ด้วยดี มีประสิทธิภาพบังเกิดผลดีแก่ทางราชการ จึงแต่งตั้งให้ข้าราชการปฏิบัติงานและรับผิดชอบ ตามผังโครงสร้างองค์กรแนบท้ายคำสั่ง ดังต่อไปนี้

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
- 1.2 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
- 1.3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

2. คณะทำงานสุขภาพจิต

2.1	นางธีราพร	มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.2	นางชนิษฐา	สนเท่ห์	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.3	นางสุภรัตน์	เวชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.4	นางบานเย็น	ภูพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.5	นางปรารภนา	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.6	นางประคอง	นาโพทนัน	พยาบาลวิชาชีพ 4
2.7	นางประกายดาว	โถมโสภา	พยาบาลวิชาชีพ 6
2.8	นายสุริยา	ราชบุตร	พยาบาลวิชาชีพ 6
2.9	นางสาวเอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพ 5
2.10	นางสาคร	ปรีวันตา	พยาบาลวิชาชีพ 5
2.11	นายวินัย	ริมไธสง	พยาบาลเทคนิค 4
2.12	นางสาวนวลลักษณ์	บุรณกิตติ	นักสังคมสงเคราะห์ 4
2.13	นางบุปผา	รุ่งเรือง	พยาบาลเทคนิค 4
2.14	นางสาคร	บุปผาเฝ้า	พยาบาลเทคนิค 6
2.15	นางอาบบุญ	แดงวิบูลย์	พยาบาลเทคนิค 4

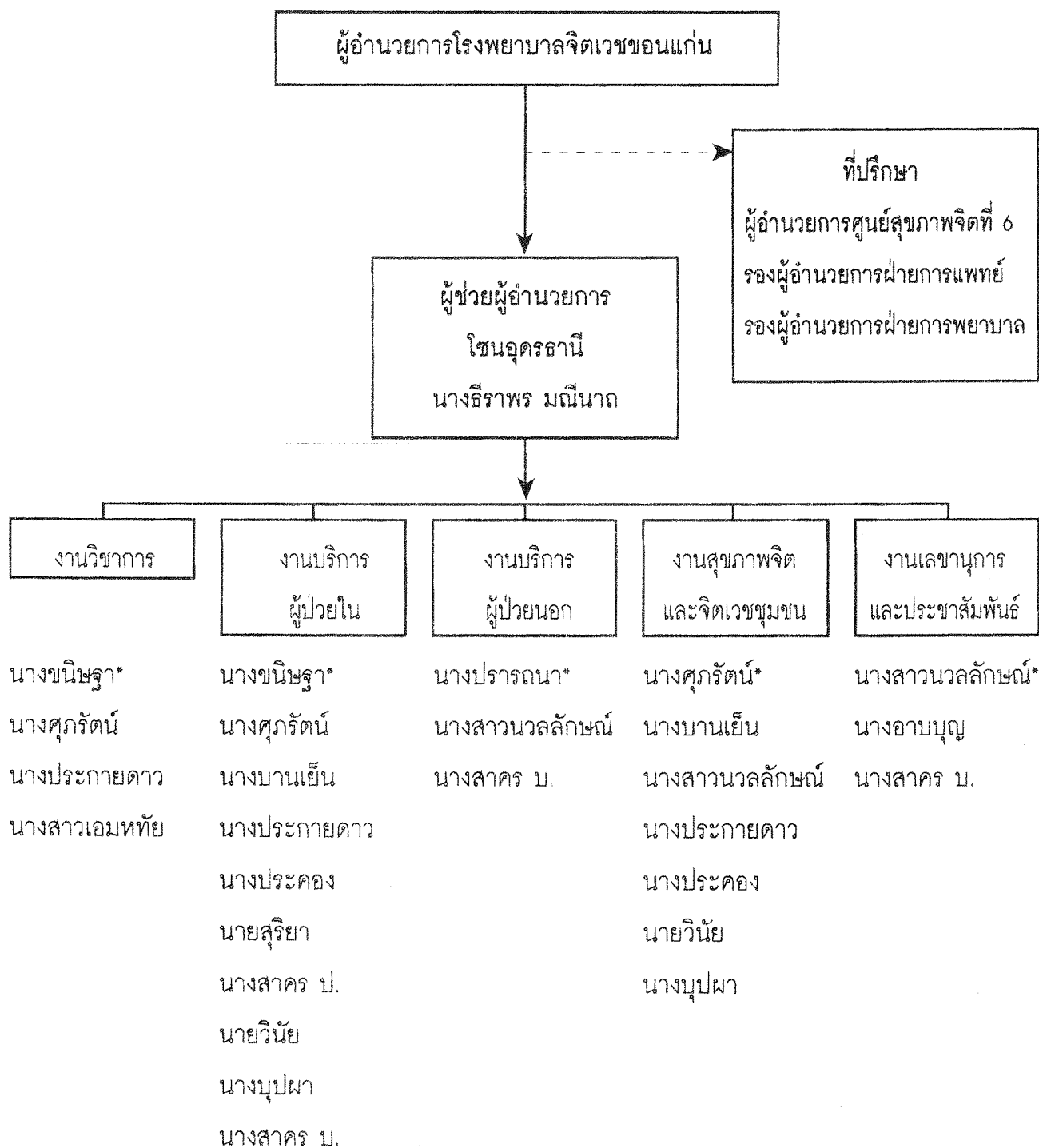
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 20 มกราคม 2546


(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผังโครงสร้างองค์กรโซนจังหวัดอุดรธานี



* หมายถึง หัวหน้างาน

หน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่งต่าง ๆ ในคณะทำงานสุขภาพจิตโซนจังหวัด

1. คณะที่ปรึกษา

- 1.1 ให้นโยบายในการดำเนินงาน
- 1.2 สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

2. ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด

- 2.1 วางแผนการดำเนินงานในระบบ Zone Ward
- 2.2 วางแผนและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และ

องค์กรเอกชน

- 2.3 รับนโยบายมาวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน
- 2.4 ศึกษาวิจัยในการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ
- 2.5 ติดตาม ควบคุม กำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน

3. งานวิชาการ

- 3.1 วางแผนงบประมาณและจัดทำโครงการต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานแต่ละปี
- 3.2 จัดประชุม อบรม สัมมนา ทั้งภายในโรงพยาบาลและในจังหวัดที่รับผิดชอบ
- 3.3 สนับสนุนงานวิชาการการปฏิบัติงานของเครือข่าย
- 3.4 ประสานงานทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย

4. งานบริการผู้ป่วยใน

- 4.1 ลงทะเบียนผู้ป่วยแต่ละโซนจังหวัดทุกราย และลงทะเบียนจำหน่ายผู้ป่วยให้สมบูรณ์
- 4.2 ประเมินปัญหาผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ในโรงพยาบาลหรือปัญหา

ที่ต้องติดตามเยี่ยมในชุมชนกรณีที่มีปัญหา

- 4.3 เขียนแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน และร่วมวางแผน

การติดตามเยี่ยมกับหัวหน้าโซน

- 4.4 วางแผนเตรียมส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล
- 4.5 รวบรวมสถิติผู้ป่วยในแต่ละโซนจังหวัดทุกเดือน

5. งานบริการผู้ป่วยนอก

- 5.1 ประเมินปัญหาผู้ป่วยและญาติที่ OPD เพื่อประสานงานกับแพทย์ให้รับผู้ป่วยไว้รักษาใน

โรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากเครือข่าย

5.2 ประสานงานให้ญาติมารับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กรณีไม่มาตามนัดและประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อมารับผู้ป่วย

5.3 ติดตามผู้ป่วยให้มารับยาตามกำหนดในกรณีที่ไม่มาตามนัด

6. งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

6.1 ส่งรายชื่อผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้เครือข่ายในพื้นที่ดูแล

6.2 ประสานงานกับเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

6.3 วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนและสรุปผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

6.4 บันทึกผลการติดตามเยี่ยมในแบบรายงาน และเก็บเข้าแฟ้มผู้ป่วยใน

6.5 ประสานงานในการจัดทีมและเตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการออกหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน

7. งานเลขานุการและประชาสัมพันธ์

7.1 จัดวาระการประชุมและนัดหมายบุคลากรประชุมเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมบันทึกการประชุม

7.2 ประชาสัมพันธ์ข่าวสารและข้อมูลของโซนจังหวัด

7.3 ประสานงานการจัดทำหนังสือราชการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

7.4 จัดเก็บข้อมูลสถิติต่าง ๆ

7.5 จัดทำ Home Page ของโซนจังหวัด

ทุกคณะทำงานมีหน้าที่ร่วมงานตามแผนดำเนินงาน ประสานงาน ประเมินผลการดำเนินงาน สุขภาพจิต ให้บรรลุตามนโยบายต่อไป



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 141/2545

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ

ตามที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีพันธกิจที่สำคัญในด้าน ส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนให้บริการวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่สังคม เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับพันธกิจหลักดังกล่าวข้างต้น จึงแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ ดังนี้

คณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- | | | |
|---------------|---------------|-----------------------------------|
| 1. นายทวี | ตั้งเสรี | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น |
| 2. นางกนกวรรณ | กิตติวัฒนากุล | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ |
| 3. นายจุมภฏ | พรมสีดา | หัวหน้ากลุ่มงาน สวบส. |
| 4. นางสาวอรรณ | สีทองอิน | หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล |

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- กำหนดนโยบายงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- เป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหา และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----------------|------------|---------------------|-----------|
| 1. นางละเอียด | ปัญญาใหญ่ | พยาบาลวิชาชีพ 8 | ประธาน |
| 2. นางวันนี | หัตถพนม | พยาบาลวิชาชีพ 7 | รองประธาน |
| 3. นางธีราพร | มณีนาถ | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |
| 4. นางวรางรัตน์ | ทะมั่งกลาง | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |
| 5. นางสาวจรัญ | อิงสำราญ | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |
| 6. นางสุพิน | พิมพ์เสน | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |
| 7. นางสาวดี | ศรีวิเศษ | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |
| 8. นายธนิต | โคตมะ | นักสังคมสงเคราะห์ 7 | กรรมการ |
| 9. นางสาวลี | เปาโรหิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 | กรรมการ |

10.	นางชนิษฐา	สนเท่ห์	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
11.	นางมลลิตา	พูลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
12.	นายกริชนรินทร์	นาคนบุตร	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
13.	นางปรารธนา	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
14.	นางนิภาลักษณ์	ทับนิยม	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
15.	นางวิภาดา	คณะไชย	พยาบาลวิชาชีพ 7	กรรมการ
16.	นายไพโรวัลย์	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพ 6	กรรมการ
17.	นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ขมภู	พยาบาลวิชาชีพ 6	กรรมการ
18.	นางภาวินี	สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพ 6	กรรมการ
19.	นางสาวประพัตรา	จันธนะสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพ 5	กรรมการ
20.	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 5	กรรมการ
21.	นางสาวระพีพร	แก้วคอนไทย	พยาบาลวิชาชีพ 4	กรรมการและเลขานุการ
22.	นางสาววรรณภา	สาโรจน์	นักสังคมสงเคราะห์ 4	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
23.	นางสาวสุกฤติยา	กุลศรี	พยาบาลวิชาชีพ 4	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. พัฒนางค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต
2. สนับสนุนบริการทางวิชาการสุขภาพจิตแก่สังคม
3. สนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายภาครัฐและเอกชน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2545

(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น



คำสั่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ 17/2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานบริการชุมชน

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และบังเกิดผลอันสูงสุดตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานบริการชุมชน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นายทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ที่ปรึกษา
2. นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	ที่ปรึกษา
3. นางวัชนี	หัตถพนม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดขอนแก่น	ประธาน
4. นางสาวทัศนีย์	กุลจนะพงศ์พันธ์	องค์กรแพทย์	รองประธาน
5. นางกนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก	กรรมการ
6. นางวรจรรย์รัตน์	ทะมั่งกลาง	กลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
7. นางสุพิน	พิมพ์เสน	กลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
8. นางสาวจรัญ	อึ้งสำราญ	กลุ่มงานการพยาบาล	กรรมการ
9. นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดหนองคาย	กรรมการ
10. นางธีราพร	มณีนาถ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดอุดรธานี	กรรมการ
11. นางสาวดี	ศรีวิเศษ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดสกลนคร	กรรมการ
12. นางสาวลี	เปาโรหิตย์	หัวหน้าตึกกชโค	กรรมการ
13. นางชนิษฐา	สนเทห์	หัวหน้าตึกฝ่ายคำ	กรรมการ
14. นางสาวจิตารัตน์	พิมพ์ดีด	หัวหน้าตึกศรีตรัง	กรรมการ
15. นางสาวศรีสะอาด	จุฑากฤษญา	หัวหน้าตึกดอนตู	กรรมการ
16. นางเพ็ญศิริ	สุขอ้วน	กลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
17. นายทิพากร	ปัญญาใหญ่	หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา	กรรมการ
18. นางนิภาลักษณ์	ทับนิยม	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	กรรมการ
19. นายสมศักดิ์	แสนสุริวงษ์	กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ	กรรมการ

20. นางสาวอำพร	โปสจา	กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ	กรรมการ
21. นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	กรรมการและเลขานุการ
22. นางสาววรรณภา	สาโรจน์	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
23. นางสาวภาณี	ภูทองโอง	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. วางแผนพัฒนางานบริการชุมชน
2. ปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด
3. รวบรวมข้อมูลปัญหา แก้ไขปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติงาน
4. เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหในระดับที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขจากงานปกติ หรือเกี่ยวข้องกับงานบริการผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ต่อคณะกรรมการพัฒนางานบริการชุมชน
5. ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารระบบคุณภาพ
6. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป คำสั่งอื่นใดที่ขัดกับคำสั่งนี้ให้ยกเลิกและใช้คำสั่งนี้แทน

สั่ง ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546



(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

บทที่ 3

แนวคิดและความรู้ที่เกี่ยวข้อง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน เป็นการให้บริการเชิงรุก เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว หรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพของตนเอง โดยจะมุ่งเน้นติดตามเยี่ยมในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน วิกฤตหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ฉะนั้นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด และเภสัชกร ดำเนินการติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ ในบทนี้ จะกล่าวถึงแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน จำแนกเป็นหัวข้อดังนี้คือ

1. ภาวะฉุกเฉิน วิกฤต ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
2. การติดตามเยี่ยมและการให้ความช่วยเหลือ
3. บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา
4. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 อาการ
 - 4.3 สาเหตุ
 - 4.4 การรักษา

1. ภาวะฉุกเฉิน วิกฤต ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

1.1 ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatric Emergency)

สมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association, 1986) ได้ให้คำจำกัดความภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง “ภาวะที่บุคคลมีพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดผิดปกติไปจากสภาวะโดยทั่วไป อันมีผลให้ตัวผู้ป่วย เพื่อนและญาติพิจารณาว่าต้องได้รับความช่วยเหลือทันที”

ซัสวาลย์ ศิลปกิจ (2534) กล่าวว่า ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง “ภาวะความผิดปกติของความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติ คนรอบข้างหรือแพทย์คิดว่าจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือโดยทันที มิฉะนั้นอาจจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อคนรอบข้างหรือต่อทรัพย์สิน แม้ว่าในบางภาวะ

จะไม่ฉุกเฉินในความคิดของแพทย์ แต่ในความคิดของผู้ป่วยหรือคนรอบข้างรู้สึกว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่แพทย์จะต้องช่วยเหลือเช่นกัน”

นางพาง ลีสมุวรรณ (2536) ได้ให้ความหมายของจิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะทางจิตเวช ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันหรือรุนแรง และทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือรักษาทันที มิฉะนั้นแล้วอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นได้ ซึ่งอันตรายนี้ในที่สุดอาจนำไปสู่ความพิการหรือความตายในที่สุด

จิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง หรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, 2542)

สรุป ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรม อันมีผลให้ตัวผู้ป่วย เพื่อนและญาติ พิจารณาว่าควรต้องได้รับการช่วยเหลือทันที เพราะอาจเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน แม้ว่าในบางภาวะจะไม่ฉุกเฉินในความคิดของแพทย์ แต่ในความคิดของผู้ป่วยหรือคนรอบข้างรู้สึกว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลือเช่นกัน

1.2 ภาวะวิกฤตทางจิตเวช (Psychiatric Crisis)

ภาวะวิกฤตทางจิตเวช หมายถึง ภาวะที่บุคคลได้รับผลกระทบหรือมีสิ่งมาคุกคาม (Stress) ซึ่งเป็นอันตรายต่อจุดมุ่งหมายหรือคุณค่าของชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน เป็นวิกฤตการณ์ไม่คาดฝันมาก่อน และบุคคลนั้นรับรู้สิ่งที่มาคุกคามว่าเกิดอันตรายต่อจุดมุ่งหมายหรือคุณค่าของชีวิตของตนเอง ได้พยายามดิ้นรนแก้ไขทุกวิถีทาง แต่มันก็ไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหา หรือสิ่งที่มาคุกคามนั้นได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ยกตัวอย่างเช่น การเกิดอุบัติเหตุธรรมชาติ เกิดภาวะเครียดแล้วเกิดอุปทานหมู่ หรือถูกกล่าวหาตามความเชื่อในชุมชนว่าเป็นผีปอบ เป็นต้น

1.3 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลากหลายหรือคิดว่าปัญหาที่มีเป็นปัญหาใหญ่ เกินกว่าที่จะสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยลุ่มยัง ผู้ป่วยที่มีคดี ผู้ป่วยที่ Readmit ภายใน 3 เดือน ผู้ป่วยที่ Admit มากกว่าครั้งที่ 10 ขึ้นไป ผู้ป่วยที่ญาติไม่ยอมรับกลับบ้าน เมื่อโรงพยาบาลพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้ง เป็นต้น

2. การติดตามเยี่ยมและการให้ความช่วยเหลือ

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน จะดำเนินการติดตามเยี่ยมร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ (จากการประชุมโซนจังหวัด 5 จังหวัด) มี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 คัดกรองผู้ป่วยที่ต้องออกติดตามเยี่ยม ดำเนินการคัดกรองโดย

- พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ประจำตึกผู้ป่วยของแต่ละโซนจังหวัด
 - คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร้องขอให้ออกติดตามเยี่ยม
 - คัดกรองโดยทราบจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ฯลฯ เป็นภาวะฉุกเฉิน
- วิกฤต ที่ต้องการความช่วยเหลือ

โดยมีข้อบ่งชี้ผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยม ดังนี้

- ผู้ป่วยมีประวัติล้มซ้ำ
- ผู้ป่วย Readmit ใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- ผู้ป่วย Admit มากกว่า 10 ครั้ง ขึ้นไป
- ผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัว ญาติไม่ยอมรับกลับ มีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วย
- อื่นๆ เช่น ถูกกล่าวหาตามความเชื่อของชุมชน เช่น ผีปอบ อุปทานหมู่ อับติภัย ธรรมชาติต่างๆ เป็นต้น

หมายเหตุ จะดำเนินการออกติดตามเยี่ยมในรายที่ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตโซน จังหวัดติดตามเยี่ยมเท่านั้น

1.2 ศึกษารายงาน ข้อมูล อาการ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 ร่วมประชุมในทีมสหวิชาชีพ วางแผนก่อนออกติดตามเยี่ยม เพื่อหาแนวทางให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาและเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย (อาจติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลายรายในคราวเดียวกัน) ให้มีทิศทางที่ชัดเจน เน้นอนในการออกติดตามเยี่ยมแต่ละครั้ง

1.4 ประสานงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในพื้นที่ เช่น การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ การเตรียมชุมชนและผู้นำชุมชนเป็นต้น และจัดทีมรับผิดชอบเพื่อออกติดตามเยี่ยมร่วมกัน

1.5 กำหนดทีมติดตามเยี่ยม

2. ขั้นตอนการ

2.1 ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่

2.2 รวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ประเมินสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ความรู้และการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจที่เหมาะสม

2.4 ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

2.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.6 ประสานงานชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.7 ประสานงานแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม เช่น เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ และสนับสนุนทางสังคม

2.8 เฝ้าระวัง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

3. ขั้นตอนการติดตามประเมินผล

3.1 ร่วมทำ Case conference ภายหลังติดตามเยี่ยม

3.2 ประเมินผลการติดตามเยี่ยม จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ ภายหลังการติดตามเยี่ยม ตามแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยม

3.3 รายงานผลการติดตามเยี่ยม แก่ผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด

3.4 รายงานผลการติดตามเยี่ยมแก่หัวหน้าทีมผู้ป่วย หรือผู้ได้รับมอบหมาย/ผู้เกี่ยวข้อง

3.5 ยุติการติดตามเยี่ยม ในรายที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต สามารถดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้

3.6 ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในรายที่

3.6.1 ปัญหายังไม่หมดไป ยังต้องการความช่วยเหลือ

3.6.2 ติดตามผลการรักษาพยาบาล/ผลการให้ความช่วยเหลือ

3. บทบาทของทิสสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน

3.1 บทบาทของจิตแพทย์ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

3.1.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤต มีบทบาทดังนี้

(1) วางแผนการดำเนินงานก่อนออกปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่ได้รับ ประชุมร่วมกับทิสสหวิชาชีพ และกำหนดแผนการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สอดคล้องกับปัญหา

(2) ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดสำหรับบทบาทของจิตแพทย์หรือแพทย์ จะทำหน้าที่ในการบำบัด รักษา ผู้ป่วย โดยให้การรักษาด้วยยา ให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการ หรือพิจารณาส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษา คลายเครียด จากทิสสหวิชาชีพที่ร่วมดำเนินงาน (พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมาก พิจารณาส่งต่อไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวช

(3) ควบคุม กำกับการดำเนินงานทุกวิชาชีพ ให้ปฏิบัติตามแผนและเป็นທີ່ปรึกษา ในการดำเนินงานในพื้นที่แก้มือสหวิชาชีพ ทั้งจากโรงพยาบาลจิตเวช และจากบุคลากรในพื้นที่

(4) ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และพิจารณาในการยุติการให้บริการ ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยส่งต่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ดูแลต่อไป

3.1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

(1) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดในการให้คำแนะนำเรื่องการรักษาด้วยยา หรือแนวทางการรักษาอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกรณีมีปัญหามาก

(2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ในการบำบัด รักษา ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

(3) ร่วมออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนมาก เพื่อพิจารณาให้การรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน

3.2 บทบาทพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ในการ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว พยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ต้องออกติดตามเยี่ยม ทุกครั้ง และมีบทบาทสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

3.2.1 ประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยมตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด

3.2.2 ออกติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3.2.3 ให้การปรึกษา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่อง

(1) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง

(2) การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

(3) การแก้ไขปัญหา ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) สิทธิบัตรต่าง ๆ และการติดต่อรับบริการ

3.2.4 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ทุกครั้งที่ออกติดตามเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องไม่ขาดตอน เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสูงสุด

3.2.5 ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อบต. หน่วยงาน สังคมสงเคราะห์ สโมสรโรตารี เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว

3.2.6 ให้คำปรึกษา นิเทศงานผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วย

3.2.7 ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม

3.2.8 จัดทำเอกสาร รายงานผลการติดตามเยี่ยม

3.3 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน

นักสังคมสงเคราะห์เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมปฏิบัติงาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในระยะเตรียมการมีดังนี้

1.1 เข้าร่วมวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยม

1.2 ศึกษาประวัติและข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย OPD Card และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์

1.3 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่จะดำเนินการติดตามเยี่ยม เพื่อแจ้งวันและเวลาในการติดตามเยี่ยม และให้ช่วยเตรียมความพร้อมในเรื่องของการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยและผู้นำชุมชนในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

2.1 ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.2 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์

2.3 ประเมินสภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อให้ความรู้และให้การช่วยเหลือทางด้านสังคมที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา

2.4 ให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.5 ประสานกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวในชุมชน

2.6 ประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น วัด โรงเรียน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.7 ทำการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตซ้ำ

2.8 จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เพื่อรายงานให้ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดทราบและนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล

3.1 ร่วมวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดวันและเวลาในการติดตามเยี่ยมในกรณีต้องติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3.2 ประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ทราบกรณีติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

3.3 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.4 ประเมินปัญหาทางสังคมและวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อประกอบการพิจารณายุติการติดตามเยี่ยม

3.5 ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

3.6 พิจารณาความสามารถในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย

3.7 พิจารณาการยุติการติดตามเยี่ยมหรือควรติดตามเยี่ยมต่อไปในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาซับซ้อน

3.4 บทบาทของนักจิตวิทยาในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน

3.4.1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือและกระบวนการทางจิตวิทยา

(1) ค้นหาข้อมูลของผู้ป่วย

(2) สัมภาษณ์ญาติ

3.4.2 วางแผนแก้ไขปัญหา

(1) นักจิตวิทยาดำเนินการตามกระบวนการทางจิตวิทยา

(2) นักจิตวิทยามีบทบาทเป็นแกนกลางประสานงานกับบุคลากร/องค์กรอื่นๆ

(3) นักจิตวิทยามีบทบาทเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่บุคลากรหรือองค์กรอื่นๆ

ที่รับผิดชอบดำเนินการ

3.4.3 ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

- ปฏิบัติตามกิจกรรมในแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในข้อ 3.4.2

3.4.4 ประเมินผลการดำเนินงาน

(1) เก็บรวบรวมข้อมูล

(2) วิเคราะห์ข้อมูล

(3) เขียนรายงาน

4. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด ถือได้ว่าเป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบให้

บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในระดับตติยภูมิ ซึ่งเน้นการบริการ บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นสำคัญ และนับตั้งแต่สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมา จะมีบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดมา ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ อุกเหตุน้ำท่วม และมีความเสี่ยงสูง แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมสุขภาพจิตเวชจังหวัดออกไปติดตามเยี่ยมในชุมชนจะเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่นั่นในทีนี้จะเป็นการนำเสนอความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ได้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัวในชุมชนต่อไป

4.1 ความหมายของโรคจิต

คักดา กาญจนาวโรจน์กุล (2537) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ เป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงอย่างหนึ่งซึ่งอาจมีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or Functional) หรือสาเหตุจากร่างกาย (Organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริง และพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด (Delusion) และประสาทหลอน (Hallucination)

กรมสุขภาพจิต (2538) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะไม่นยอมรับว่าตนเองป่วย

ประดิษฐ์ ดันสุรัตน์ (2538) ได้ให้ความหมายโรคจิตว่า เป็นโรคผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง ถึงขนาดควบคุมสติไม่อยู่ เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม นัยน์ตาเหม่อลอย สีหน้าเฉยเมย พูดไม่รู้เรื่อง หรือไม่ยอมพูด หรือตอบคำถาม มีความซึมเศร้า และวิตกกังวลตลอดเวลา มีความรู้สึกอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย

เกษม ดันติผลาชีวะ (2541) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่ง ที่มีอาการรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนคนในสังคมทั่วไป มีลักษณะสำคัญของโรคจิต 3 อย่าง คือ เสียการรับรู้ความเป็นจริง เสียการหยั่งรู้ตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

อภิชัย มงคล และคณะ (2543) ให้ความหมายว่า หมายถึงโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือจิตใจ โดยมีความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด

แคมเปเลน และซาดอค (Kaplan and Sadock, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นการสูญเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง การสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจ แสดงออกให้เห็นด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน สับสน ความจำเสื่อม

ไมเคิล และคณะ (Michael, D.J., et al., 1997) ได้ให้ความหมายของโรคจิต (Psychosis) หมายถึง การขาดการรับรู้ความเป็นจริง ซึ่งมีอาการเกี่ยวข้องกับประสาทหลอน หลงผิด ความคิดแตกแยก การมีพฤติกรรมแปลกๆ หรือมีอาการ Catatonia

สรุป โรคจิต หมายถึง โรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุด้านร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ขาดการรับรู้ตนเอง ก่อให้เกิดการตัดสินใจบกพร่อง

4.2 อาการของผู้ป่วยโรคจิต

แนนซี และดอนัลด์ (Nancy CA., Donald WE, 1991) ได้แบ่งอาการโรคจิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (Positive Symptoms) และอาการทางลบ (Negative Symptoms) อาการทางบวก ประกอบไปด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาดมาก ความผิดปกติชัดเจน และอารมณ์ไม่สมเหตุผล ซึ่งสองอาการแรกประเมินโดยการสอบถาม และอาการหลังๆ ประเมินโดยสังเกตดูพฤติกรรมของผู้ป่วย อาการทางลบ พบได้บ่อยในโรคจิตแต่อาจจะเกิดในการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคจิตก็ได้ เช่น โรคอารมณ์เศร้า อาการต่างๆ ประกอบไปด้วยความคิดว่างเปล่า อารมณ์ท้อหรือไร้อารมณ์ ขาดพลัง และแรงบันดาลใจ ไร้อารมณ์สุข แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความตั้งใจในการทำสิ่งใดๆ

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงอาการของโรคจิตที่พบได้บ่อยๆ ดังต่อไปนี้

1. อาการหลงผิด อาการหลงผิดแสดงถึงความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด มีความเชื่อผิดๆ ในความคิดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย อาการหลงผิดคือความเชื่อผิดๆ ที่ฝังแน่น อาจจะมีอาการเพียงสองหรือสามสัปดาห์ ถึงสองหรือสามเดือน และตัวผู้ป่วยอาจจะสงสัยในความเชื่อนั้นๆ ของตน อาจจะไม่เชื่อสนิทใจอาการหลงผิดที่พบได้บ่อยๆ ใน ผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่

1.1 หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล อาจจะหวาดระแวงว่ามีคนปองร้าย ถูกวางแผนทำร้าย หรือเล่นงานโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง อาการที่พบบ่อยๆ คือ เชื่อว่าตนถูกติดตาม จดหมายของตนถูกลอบเปิดอ่าน โทรศัพท์ถูกแอบฟัง หรือคนที่กำลังเดินตามหลังตนเองกำลังคิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น

1.2 หลงผิดคิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ อาจจะคิดว่าจริงๆ แล้วตนเองเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง เป็นดาราดัง เป็นวีรบุรุษ หรือเป็นพระเจ้า อาจเชื่อว่าตนเองกำลังประดิษฐ์คิดค้นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยอดเยี่ยม ผู้ป่วยมักจะสงสัยว่าอาจจะมีคนพยายามขโมยความคิดของเขาไป และถ้าใครเกิดสงสัย ความสามารถของเขาๆ จะหงุดหงิดมาก

2. ประสาทหลอน ประสาทหลอนแสดงถึงประสาทสัมผัสรับรู้ที่ผิดพลาดมีการสัมผัสรับรู้ที่ผิดพลาดโดยไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก อาจเกิดอาการกับประสาทสัมผัสได้หลายอย่าง ทั้งทางหู ตา จมูก ลิ้น และการสัมผัส จะต้องแยกประสาทหลอนที่แท้จริงออกจากประสาทหลงซึ่ง หมายถึง การมีสิ่งเร้าจากภายนอกจริงๆ แต่

บุคคลแปลความหมายผิดไป เช่น เห็นเชื่อว่าเป็นงูกำลังเลื้อยมาหาตนเอง นอกจากนี้ต้องแยกจากประสาทหลอน เคลิ้มๆ ในตอนกำลังจะหลับ หรือกำลังจะตื่น ซึ่งไม่ใช่อาการของโรคจิต อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่

2.1 ประสาททางหู ได้แก่ อาการหูแว่ว เช่น ผู้ป่วยเล่าว่าได้ยินเสียงมาพูดคุยกับตนหรือเรียกชื่อ ตน เสียงนั้นอาจจะเป็นเสียงผู้ชายหรือผู้หญิงที่ตนคุ้นเคย หรือไม่คุ้นเคย วิพากษ์วิจารณ์ ตีเตียน ข่มขย โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตชนิดจิตเภท มักจะได้ยินเสียงหูแว่วที่ฟังแล้วไม่สบายใจเป็นไปในทางลบ หูแว่วอื่นๆ ที่เป็นเสียงอื่นนอกจากเสียงพูด เช่น เป็นเสียงแปลกๆ เสียงเพลง ถือว่าเป็นหูแว่วไม่ชัดเจนและมักจะไม่รุนแรง

2.2 ประสาทหลอนทางตา ได้แก่การเห็นภาพหลอน เป็นรูปร่างคนที่ไม่ได้อยู่จริงตรงนั้น หรือภาพภูตผี เทวดา นางฟ้า เป็นต้น

นอกจากนี้ประสาทหลอนทางอื่นๆ ซึ่งไม่พบบ่อยเหมือน 2 ประเภทแรก ได้แก่ ประสาทหลอนทางจมูก เช่น ได้กลิ่นหอมเหมือนธูปลอยมา หรือกลิ่นซากศพแต่จริง ๆ แล้วไม่มี ประสาทหลอนสัมผัส เช่น มีความรู้สึกว่ามีแมลงหรือมดมาไต่ตามร่างกายตลอดเวลา แต่ความจริงแล้วไม่มี

3. พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ซึ่งอาจได้จากการเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยหรือได้ข้อมูลจากญาติ พฤติกรรมแปลกประหลาดที่เกิดขึ้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เพราะถ้าดื่มสุราถือว่าไม่ใช่โรคจิต นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงมาตรฐานของสังคม และวัฒนธรรม ในการพิจารณาว่า พฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่แปลกประหลาดหรือไม่ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไปที่พบบ่อยๆ ได้แก่

3.1 แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ผู้ป่วยแต่งตัวประหลาด เช่น อาจจะมีหมวกทั้งทั้งศีรษะ เอาสีป้ายบางส่วนของร่างกาย เสื้อผ้าที่ใช้แต่งกายแปลกไปจากปกติ เกินกว่าที่จะยอมรับได้ เช่น แต่งกายเหมือนลิงและสวมหมวกทหาร อาจจะมีแต่งตัวเลียนแบบเสมือนบุคคลสำคัญในประวัติศาสตร์ หรือแต่งตัวเป็นมนุษย์ต่างดาว เสื้อผ้าที่สวมใส่อาจจะไม่เหมาะสมกับภูมิอากาศ เช่น อากาศร้อนจัดแต่ใส่เสื้อกันหนาวตัวใหญ่หนา

3.2 อนามัยและความสะอาดเรียบร้อยของการแต่งกาย ผู้ป่วยไม่สนใจความสะอาดเรียบร้อยของการแต่งกายและความสะอาดของตนเองอย่างที่เคยจะเป็น เสื้อผ้าที่ใส่อาจเก่าคร่ำคร่า ยับยู่ยี่ สกปรก ขาดวินเปรอะเปื้อนมาก ผู้ป่วยไม่ค่อยอาบน้ำ ไม่สนใจความสะอาดผม เล็บหรือฟัน ทำให้ดูสกปรก มอมแมม ผมเผ้ายุ่งเหยิง กลิ่นตัวแรง ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น ในรายที่มีอาการมากอาจจะมีร่องรอย อุจจาระ ปัสสาวะ เลอะเทอะเปรอะเปื้อน ให้เห็นด้วย

3.3 พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายคนอื่น ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย วุ่นวาย กระสับกระส่าย การคาดคะเนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทำได้ยาก อาจจะเริ่มด้วยการพูดจาโต้แย้งกับเพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวอย่างไม่เหมาะสม อาจจะชวนคนแปลกหน้าพูดคุยด้วย และตามด้วยการโต้เถียง

เสียงดังอย่างรุนแรง บางครั้งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรงทรมานสัตว์หรือพยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่น หรือพยายามฆ่าคน

3.4 แยกตัวเองออกจากสังคมไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ผู้ป่วยมักจะจำกัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น เพื่อนๆ ไม่ให้ใกล้ชิดกับตนมากนัก ผู้ป่วยอาจมีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเพื่อนเลย ผู้ป่วยจะไม่พยายามสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวเองออกจากสังคม อยู่คนเดียวไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ในขณะร่วมกิจกรรมกับคนอื่นผู้ป่วยมักจะไม่ได้ให้ความสนใจขณะพูดคุยกับผู้อื่นหันหน้าไปทางอื่น ไม่จับประเด็นว่าคนในวงสนทนากับตนกำลังพูดเรื่องอะไร ดูไม่สนใจและแยกตัวเองอาจจะหยุดพูดคุยไปเฉยๆ และเดินจากไป

4. พูดเพื่อใจคนเดียว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายรายจะช่างพูดช่างจามรรจา บ่อยครั้งที่สื่อสารกันไม่ค่อยเข้าใจ ผู้ป่วยมักจะพูดกระโดดข้ามไปข้ามมา จากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง จับแนวทางไม่ค่อยได้ การพูดจาอาจจะเปลี่ยนเรื่องไปเรื่อย ๆ ตามสภาพแวดล้อมรอบตัวเขาอาจจะพูดต่อเนื่องกันไปเนื่องจากเป็นคำพ้องคำเหมือนๆ กัน ซึ่งฟังไม่เป็นเรื่องเป็นราว ไม่สนใจว่าคนอื่นถามอะไร บางครั้งตอบคำถามที่ไม่มีผู้ถาม เป็นลักษณะพูดเพื่อใจไปเรื่อยเปื่อย การพูดจะต่อเนื่องอย่างรวดเร็วบางทีก็ขาดช่วงไม่ต่อเนื่อง บางทีแต่ละประโยคไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้หลายคน มีประสาทหลอน หูแว่ว ว่ามีคนมาพูดด้วย บางครั้งจึงมีการโต้ตอบกันไปด้วย เป็นการโต้ตอบกับเสียงแว่ว ผู้ป่วยบางรายมีแรงผลักดันภายในให้พูดอย่างมาก อาจจะพูดโดยไม่ได้มีการกระตุ้นจากสังคมสิ่งรอบข้าง อาจจะพูดคนเดียวโดยไม่มีใครฟังอยู่เลยก็ตาม จึงดูเหมือนผู้ป่วยพูดเพื่อใจคนเดียวเป็นระยะๆ

ในการประเมินผู้ป่วยประเภทนี้ ควรปล่อยให้ผู้ป่วยพูดไปเรื่อย ๆ โดยไม่ขัดขวางการพูดของผู้ป่วย และให้เวลาพูดนานประมาณ 5 นาทีอาการดังกล่าวข้างต้นเป็นอาการที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งบางอาการต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย หรืออาศัยการซักถามข้อมูลจากญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย บางอาการต้องพูดคุยกับผู้ป่วยโดยใช้เวลาสักระยะหนึ่งจึงจะได้ข้อมูลที่แท้จริง นอกจากนี้ยังมีอาการบางอย่างซึ่งไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้เพราะเป็นอาการที่ไม่ได้พบบ่อยๆ เช่น มีความคิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาบังคับหรือควบคุมตนเอง เป็นต้น

4.3 สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต

โรคจิตโดยทั่วไปไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะแต่มักจะมีผลมาจากปัจจัยหลายอย่างรวมกัน ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตในผู้ป่วยรายหนึ่งอาจไม่ทำให้เกิดโรคจิตในบุคคลอื่นใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการป่วยด้วยโรคจิต ดังนี้

1. สาเหตุทางจิตใจและสังคม เช่น ได้รับความผิดหวัง ความกดดัน ความเสียใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดความรักความอบอุ่นมาตั้งแต่วัยเด็ก ขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เช่น แยกตัว ชอบอยู่คนเดียว และหวาดระแวง

2. สาเหตุทางร่างกาย อาจเนื่องมาจากกรรมพันธุ์ การได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุรา ยาบ้า หรือ ยานอนหลับ การติดเชื้อ เช่น เชื้อมาลาเรียขึ้นสมอง ไขเยื่อสมองอักเสบ เชื้อซิฟิลิสขึ้นสมองหรือจากพิษไข้ เช่น ไทฟอยด์ การได้รับอันตรายที่ศีรษะ เช่น ถูกตีศีรษะ ได้รับอุบัติเหตุ และการเปลี่ยนแปลงของสมอง เช่น หลอดเลือดในสมองแข็ง หรือเกิดจากความเสื่อมในวัยชรา

เกษม ดันติผลาชีวะ (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการป่วยด้วยโรคจิต ไว้ดังนี้

1. สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดอาการโรคจิต ได้แก่

1.1 สาเหตุทั่วไป

- อายุ พบน้อยในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาวพบโรคจิตมากขึ้น วัยต่ออายุระหว่าง 45 - 50 ปี จะพบเป็นโรคจิตสูงขึ้น
- เพศ โรคจิตบางชนิดพบในเพศหญิงมาก เช่น โรคจิตในวัยต่อและโรคจิตในวัยสูงอายุ ส่วนโรคจิตที่เกิดจากพิษสุราเรื้อรัง พบในเพศชายมาก
- อาชีพ อาชีพบางชนิดทำให้เกิดโรคจิตบางประเภทได้ง่าย เช่น พวกทำงานตามบาร์ มีโอกาสติดสุราได้ง่าย และกลายเป็นโรคจิตได้ พวกทำงานตามโรงงานที่มีสารปรอท ตะกั่ว มีโอกาสได้รับพิษทำให้เกิดโรคจิตได้

1.2 สาเหตุเฉพาะบุคคล

- กรรมพันธุ์ (Heredity) พบว่า มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ พ่อแม่เป็นโรคจิต ลูกมีโอกาสเป็นโรคจิตได้มากกว่าคนที่ไม่มีประวัติของพ่อแม่เป็นโรคจิต
- รูปร่าง รูปร่างบางอย่างมีโอกาสเป็นโรคจิตบางอย่างสูงกว่า เช่น พวกผอมสูง มีโอกาสเป็นโรคจิตเภท พวกอ้วนเตี้ยมีโอกาสเป็นโรคจิตทางอารมณ์สูงกว่า
- สติปัญญา (Intelligence) คนที่มีสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือผู้ที่มีสติปัญญาสูงมาก พบว่า มีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าคนที่มีความสติปัญญาปานกลาง
- อารมณ์ (Emotion) พวกที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย มีโอกาสเป็นโรคจิตได้ง่าย

2. สาเหตุกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคจิต แบ่งออกเป็น

2.1 สาเหตุจากทางร่างกาย ได้แก่

- จากสารพิษต่างๆ รวมทั้งพิษจากภายนอก เช่น สุรา ยาบางชนิด หรือพิษจากภายในร่างกาย เกิดจากการทำงานผิดปกติของร่างกาย หรือของต่อมฮอร์โมนประสาท
- โรคติดเชื้อ เชื้อไขมาลาเรีย เชื้อสมองอักเสบ
- อันตราย อันตรายต่างๆ ที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน อาจเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตได้

2.2 สาเหตุจากจิตใจ ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องคิดมากและไม่สามารถปรับตัวแก้ไข

ปัญหาได้ ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น

การตกใจสุดขีด หรือการเศร้าเสียใจอย่างมาก เนื่องจากสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก อาจเป็นปัญหาเรื้อรัง เช่น เจ็บป่วยมานาน หรือมีปัญหาคะเทือนกระเทือนใจบ่อยๆ เป็นเวลานาน จนถึงขีดไม่สามารถทนต่อไปได้อีก

2.3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง บางรายปัญหาจากสิ่งแวดล้อมทำให้กลายเป็นโรคจิตได้ ปัญหาสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ทำให้กลายเป็นโรคจิตได้แก่

- ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเศรษฐกิจที่พบมาก ได้แก่ ปัญหาความยากจน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เป็น ทำให้วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ต้องใช้ยานอนหลับและอาจเป็นโรคจิตจากการติดยานอนหลับได้

- วัฒนธรรมและสังคม การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลงไม่ทัน หรือไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ๆ ได้ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง หรือในบางรายที่ประพาศติดกับวัฒนธรรมหรือสังคม ทำให้คิดมากจนกลายเป็นโรคจิต เช่น สตรีที่หนีตามผู้ชายไป ทำให้เกิดความขัดแย้ง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการโรคจิตได้

สรุป สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน เชื่อกันว่ามีสาเหตุหลายๆ อย่างด้วยกัน ไม่ใช่เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ซึ่งพอจะสรุปสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตได้คือ เกิดจากสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

4.4 การรักษาผู้ป่วยโรคจิต การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต ใช้หลายวิธีในการบำบัดรักษา จะได้ผลดีกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว เพื่อให้มีความครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของผู้ป่วยคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการบำบัดรักษา มีดังนี้คือ

1. วิธีการบำบัดรักษาทางกาย ได้แก่

การรักษาด้วยยาจิตบำบัด ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยา ซึ่งมีทั้งยารับประทานและยาฉีด แพทย์นิยมให้ยาโดยการรับประทานทางปาก แต่ถ้าผู้ป่วยในระยะอาการรุนแรง หรือเรื้อรัง สามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อใหญ่ ซึ่งมีทั้งออกฤทธิ์ระยะสั้นและระยะยาว ยาจิตบำบัดเป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ช่วยทำให้อารมณ์สงบลง อาการประสาทหลอน ความคิดที่ผิดปกติ และอาการหลงผิดลดน้อยลงหรือหมดไป การรักษาด้วยยามีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อาจกล่าวได้ว่า ยามีบทบาทในการรักษามากถึงร้อยละ 80 ของการรักษาทั้งหมด (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มักจะค่อยๆ ปรับลดขนาดของยาลง

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า หมายถึง การทำให้เกิดการชักในแบบ grand mal (generalized) โดยใช้กระแสไฟฟ้าจากเครื่องทำ ECT ในปริมาณที่เหมาะสม ผ่านเข้าไปในสมองทางขั้วตัวนำไฟฟ้า (electrodes) ซึ่งวางไว้บริเวณขมับทั้ง 2 ข้างหรือข้างเดียวเชื่อว่ากระแสไฟฟ้าที่ผ่านเข้าไปในสมองช่วยกระตุ้นให้มีการ

หมุนเวียนและปรับสมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) หลายตัวช่วยลดอาการทางจิตเวชได้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอื่นๆ หรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานด้วยยาโรคจิตแต่อาการไม่ดีขึ้นหรือไม่สามารถเพิ่มปริมาณยาได้มากกว่านี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

การบำบัดโดยการผูกมัดและจำกัดบริเวณผู้ป่วย (Body restraint and seclusion) ปัจจุบันการผูกมัดผู้ป่วยและการจำกัดบริเวณยังคงจำเป็นอยู่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้อื่น (แพ จันทร์สุข, 2541)

2. วิธีการบำบัดด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้านจิตใจโดยเน้นการพูดคุยกับตัวผู้ป่วยโดยลำพังและเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย เพื่อมุ่งช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยเน้นที่ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย อาศัยการสนทนาและสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ป่วยเป็นแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานในจิตใจลดลง การรักษาจิตสังคม มักจะควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาโรคจิต ซึ่งการรักษาที่ให้ร่วมกันทั้งทางกายและทางใจจะได้ผล กว่า การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (สมสกุล สุภัทรพันธ์ และคณะ, 2542)

วิธีการบำบัดด้านจิตสังคมได้แก่

จิตบำบัด (Psychotherapy) แบ่งเป็น จิตบำบัดรายบุคคล หมายถึง การรักษา ความผิดปกติทางจิตใจหรืออารมณ์ ด้วยวิธีการพูดกับผู้ป่วยหรือบางวิธีอาจเป็น nonverbal communication เน้นการทำให้อาการของผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งในจิตใจที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรือพฤติกรรม และกลุ่มจิตบำบัด เป็นการรักษาโดยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาร่วมๆ กัน โดยมีผู้รักษา 1-2 คน มีการให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่กัน มีการทราบถึงปัญหาลดจนการแก้ไขของบุคคลอื่นๆ มีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อกัน ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยมีได้น้อยไปกว่าการรักษาแบบตัวต่อตัว ในบางกรณีอาจมีความเหมาะสมกว่าด้วย (แพ จันทร์สุข, 2541 : อรุณ ภาควรรณ, 2542)

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) หมายถึง การทำกลุ่มจิตบำบัดวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวคิดที่ว่า อาการของผู้ป่วยอาจเป็นผลมาจากครอบครัวหรือมีผลกระทบต่อครอบครัวไม่มากนักน้อย อาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นผลรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป้าหมายในการรักษาคือ การที่ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืน ทำให้ครอบครัวมีพัฒนาการมากขึ้น โดยจะนัดสมาชิกในครอบครัวมาพบกับผู้รักษาพร้อมกันเป็นระยะๆ ครั้งละประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง (มานิช หล่อตะกุล, สเปญ อุณนงค์, 2539)

นิเวศบำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยซึ่งมีได้เน้นแต่เพียงวัตถุเท่านั้น แต่จะสร้างบรรยากาศที่ให้ความเข้าใจ ยึดหยุ่น มีเหตุผล มีความสม่ำเสมอ โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและเข้ากับผู้อื่นได้ เพื่อผลในการปรับตัว สามารถกลับคืนสู่สังคมเดิมภายนอกในสภาพที่พร้อมจะรับต่ออุปสรรคปัญหาต่างๆ การจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลและการใช้ทีมบุคลากรหลายวิชาชีพพร้อมมือกันเป็นไปภายใต้แนวคิดนี้เช่น กลุ่มประชุมปรึกษาปัญหาในหอผู้ป่วย กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกีฬากลางแจ้ง หรือกลุ่มอาชีวบำบัด เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, สเปญ อุณองค์, 2539)

กลุ่มกิจกรรมบำบัด (Group therapy) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยการ จัดกิจกรรมในหลายๆ รูปแบบ เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม เสริมสร้างทักษะใหม่ๆ ในการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นการเพิ่มระยะความเอาใจใส่ให้สูงขึ้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ แข่งขันและรู้จักแบ่งปันซึ่งกันและกัน ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ เช่น กลุ่มการออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มประกอบอาหาร ฯลฯ (แพ จันทรสุข, 2541)

พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชวิธีหนึ่งที่น่าหลักการของ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning therapy) มาประยุกต์ใช้ เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) จะพิจารณาปัญหาหรืออาการป่วยในรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากปัจจัยที่สามารถสังเกตได้ เช่น สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นเงื่อนไขหรือแรงเสริมให้พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นเกิดขึ้นหรือคงอยู่ การรักษาจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยดังกล่าว พฤติกรรมที่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมจะเป็นตัวกำหนดความคิดหรือทัศนคติของผู้ป่วย (เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542)

4.5 การให้บริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น และแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน จึงมีบทบาทที่สำคัญ ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ไม่ต้องเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ดังนี้

4.5.1 ตรวจสภาพจิต และประเมินทางกาย ทางจิตใจและสังคม ตลอดจนประเมินแบบแผนการนอน การดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ว่ามีความผิดปกติหรือไม่และให้การช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเบื้องต้น

4.5.2 สังเกตอาการ จากการรับประทานยารักษาโรคจิต เช่น ยาที่ผู้ป่วยรับประทานสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้หรือไม่ มีอาการข้างเคียงจากยาที่รักษา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือกค้าง เป็นต้น ตลอดจนสอบถามการรับประทายาของผู้ป่วยถึงความร่วมมือในการรักษาและการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง

4.5.3 ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบได้ เช่น HI EE (High Express Emotion) ของคนในครอบครัว (ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย รู้สึกไม่เป็นมิตร และเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือคอยกำกับดูแลผู้ป่วยมากเกินไป) ครอบครัวมีปัจจัยเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ ผู้ป่วยเสเพลสิ่งเสพติด เพราะอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบได้

4.5.4 ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ช่วยครอบครัว เช่น การหุงหาอาหาร ทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาชีพตามความสามารถของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยร่วมงานสังคมในหมู่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น

4.5.5 ให้บริการปรึกษา ให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

4.5.6 สังเกตอาการเตือนล่วงหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และประเมินการปฏิบัติตน และการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อทราบสาเหตุของอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะได้ให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมที่สอดคล้องกับปัญหา

4.5.7 ส่งต่อผู้ป่วยให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากมีปัญหามากเกินขีดความสามารถของ อสม. หรือ ผู้นำชุมชนจะช่วยเหลือได้

4.5.8 บอกถึงช่องทางให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใกล้บ้าน ในกรณีมีปัญหาเร่งด่วน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่

4.5.9 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเหนือกว่า เพื่อปรึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วย หรือเพื่อส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา

4.5.10 ให้กำลังใจ หรือแรงเสริมทางบวก แก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่สามารถปฏิบัติตนตามแนวทางการรักษาได้เป็นอย่างดี

4.5.11 ให้ความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

4.5.12 แสวงหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

4.5.13 ให้ความรู้เรื่องโรคการรักษาและการปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4.5.14 ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และคลายเครียดให้แก่ญาติกรณีญาติเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย

4.5.15 จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตระหว่างญาติผู้ป่วยโรคจิตด้วยกัน

บทที่ 4

ระเบียบปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นถือเป็นภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของสำนักผู้ช่วยผู้ว่าการจังหวัด เป็นการให้บริการช่วยเหลือ บำบัด รักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ตลอดจนการติดตามผลการรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอีกด้วย โดยจะทำการติดตามเยี่ยมเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม หรือเครือข่ายสามารถดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้เองอย่างต่อเนื่อง เครือข่ายระดับเขต (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น) ก็จะยุติการติดตามเยี่ยม และส่งต่อผู้ป่วยให้เครือข่ายดูแลต่อไป ฉะนั้นผู้ที่มีความสำคัญ และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะดำรงชีวิตอยู่บ้าน ก็คือ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล รวมทั้ง อสม. และผู้นำชุมชนด้วย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้มีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001 ปี 2000 มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการทุกระบบบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งการบริการในสุขภาพจิตชุมชนด้วย ในบทนี้จึงเป็นการกล่าวถึง ระเบียบปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตลอดจนตัวอย่างในการเขียนรายงาน ในการประสานงานและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนด้วย ซึ่งจะกล่าวถึง การดำเนินงานโครงการต่างๆ ในชุมชน เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชน ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และยังมีวิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เนื่องจากในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายในแต่ละครั้งจะมีการพัฒนาความรู้ให้แก่เครือข่ายในการดูแล บำบัด รักษา ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวด้วย ตลอดจนการให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน ซึ่งรายละเอียดทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น อยู่ภายใต้ระเบียบปฏิบัติ “การบริการสุขภาพจิตชุมชน” (P-AS-001) ดังนี้

การบริการสุขภาพจิตชุมชน

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อควบคุมกระบวนการ การบริการสุขภาพจิตชุมชน ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

1.2 เพื่อควบคุมกระบวนการ การบริการสุขภาพจิตชุมชน ในด้านการดำเนินงานโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

2. ขอบเขต

2.1 ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตและมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย และสกลนคร

2.2 ครอบคลุมโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่อนุมัติให้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานประจำปี

3. นโยบาย

3.1 ISO 9001 : 2000 ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อกำหนดที่ 4, 7

3.2 HA (Hospital Accreditation) ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ GEN 5, GEN 8, GEN 9

3.3 มาตรฐานการพยาบาล ได้แก่

3.3.1 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (มาตรฐานที่ 10 การบริการสุขภาพจิตชุมชน)

3.3.2 มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน)

3.4 กฎระเบียบ

4. คำจำกัดความ

4.1 การบริการสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง การประเมินสภาพ การวางแผน การนำแผนไปใช้ และการประเมินผลกิจกรรม บริการสุขภาพ และกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาทางจิต การรักษาและการพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ

4.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ใน 5 จังหวัด

4.3 ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด หรือคณะทำงานสุขภาพจิตโซนจังหวัด หมายถึง ทีมสุขภาพจิตในระดับเขตซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยแบ่งทีมออกเป็น 5 จังหวัด (รายละเอียดอยู่ในหน้า 17-29)

5. ความรับผิดชอบ

5.1 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

5.2 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

5.3 หัวหน้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

5.4 หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา

5.5 หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

5.6 หัวหน้าฝ่ายแผนงาน

6. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

6.1 ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องระเบียบปฏิบัติเรื่องงานบริการรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาล (P-IP-001) และระเบียบปฏิบัติ เรื่องการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (P-PL-001)

6.2 วิธีปฏิบัติงาน

6.2.1 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (W-AS-001)

6.2.2 การติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต (W-AS-002)

6.3 แบบฟอร์ม

6.3.1 แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน (F-AS-001)

6.3.2 ทะเบียนรับเรื่องให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน (F-AS-002)

6.3.3 ใบขออนุมัติให้ข้าราชการเดินทางไปราชการ (F-AS-003)

6.3.4 รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤต ในชุมชน (F-AS-004)

6.3.5 ทะเบียนรับเรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและการติดตามเยี่ยม (F-AS-006)

6.3.6 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีปัญหา ซับซ้อน ในชุมชน (F-AS-007)

6.3.7 แบบฟอร์มการเขียนโครงการ (F-AS-008)

6.3.8 การติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต (F-AS-010)

6.3.9 การประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินงานต่อในพื้นที่ (F-AS-011)

6.3.10 แบบรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล (F-IP-005)

6.3.11 แบบแสดงข้อมูลพื้นฐานของงาน/โครงการ (F-PL-001)

6.3.12 แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินโครงการ (F-PL-003)

6.4 เอกสารอ้างอิง

- 6.4.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Ex-AS-001)
- 6.4.2 แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9
(พ.ศ. 2545 - 2549) (Ex-PL-001)
- 6.4.3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Ex-NU-009)
- 6.4.4 มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (Ex-AS-004)
- 6.4.5 มาตรฐานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Ex-NU-002)
- 6.4.6 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คู่มือและเครื่องมือ
(Ex-NU-003)
- 6.4.7 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดขอนแก่น
(S-AS-001)
- 6.4.8 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดอุดรธานี (S-AS-002)
- 6.4.9 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์ (S-AS-003)
- 6.4.10 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร (S-AS-004)
- 6.4.11 คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดหนองคาย (S-AS-005)
- 6.4.12 แผนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2545 - 2549 (S-PL-001)

7. การควบคุมบันทึกคุณภาพ

ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	สถานที่จัดเก็บ	ผู้รับผิดชอบจัดเก็บ	การจัดเก็บ	ระยะเวลาการจัดเก็บ	ผู้เข้าถึงเอกสาร
แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	F-AS-001	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามลำดับเลขที่รับเรื่องและแยกตามจังหวัด	2 ปี (ตามปีปฏิทิน)	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
ทะเบียนรับเรื่องให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	F-AS-002	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามวัน เดือน ปี ที่รับเรื่อง	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
ใบขออนุมัติให้ข้าราชการเดินทางไปราชการ	F-AS-003	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามวัน เดือน ปี	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน	F-AS-004	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามลำดับเลขที่รับเรื่องและแยกตามจังหวัด	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
ทะเบียนรับเรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและการติดตามเยี่ยม	F-AS-006	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามลำดับวัน เดือน ปี ที่รับเรื่อง	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน	F-AS-007	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามเลขที่รับเรื่องแยกตามจังหวัด	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
แบบฟอร์มการเขียนโครงการ	F-AS-008	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามวัน เดือน ปี ที่เสนอ	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.
การติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต	F-AS-010	สนพ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามครั้งที่เยี่ยมแยกตามจังหวัด	1 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนพ.

ชื่อเอกสาร	รหัสเอกสาร	สถานที่จัดเก็บ	ผู้รับผิดชอบจัดเก็บ	การจัดเก็บ	ระยะเวลาการจัดเก็บ	ผู้เข้าถึงเอกสาร
การประสานงานให้เครือข่ายดำเนินงานต่อเนื่องในพื้นที่	F-AS-011	สนผ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามเลขที่รับ เรื่องแยกตามจังหวัด	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนผ.
แบบแสดงข้อมูลพื้นฐานของงานโครงการ	F-PL-001	สนผ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามวัน เดือน ปี	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนผ.
แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินโครงการ	F-PL-003	สนผ.	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เรียงตามวัน เดือน ปี	2 ปี	- ผช.ผอ. - ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด - เจ้าหน้าที่ธุรการ สนผ.

8. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

8.1 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการบริการสุขภาพจิตชุมชน สำหรับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนขณะผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล

8.1.1 หัวหน้าตึกหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนพร้อมทั้งสรุปรายงานในรูปแบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน (F-AS-001) ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด ดังนี้

- (1) ผู้ป่วยมีประวัติล่าช้า
- (2) กลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- (3) เข้ารับการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ครั้งที่ 10 ขึ้นไป
- (4) ญาติไม่ยอมรับกลับและมีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้ง
- (5) ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดติดตามเยี่ยม

8.1.2 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดหรือทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด

8.1.2.1 ตรวจสอบหลักฐานการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ (F-IP-005) ว่าญาติยินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้านและตรวจสอบรายงาน เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ของรายงานว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้ หรือไม่ พร้อมทั้งประเมินผู้ป่วยเพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นในการนำไปวางแผนติดตามเยี่ยม เชื้อเชื้อกำกับ

ในส่วนที่ 2 ของ F-AS-001 ลงทะเบียนรับเรื่องให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน (F-AS-002) และจะดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวภายใน 45 วัน นับจากวันที่ตรวจสอบพบว่ารายงานที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ ในกรณีที่ดำเนินการไม่ได้ตามเวลาที่กำหนดจะบันทึกลงในส่วนที่ 2 ของ F-AS-001 เช่นกัน

- 8.1.2.2 กำหนดทีมติดตามเยี่ยม พร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนใน F-AS-001 ส่วนที่ 3
- 8.1.2.3 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อแจ้งกำหนดการออกติดตามเยี่ยม พร้อมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ หรือกลุ่มงานจิตวิทยาเพื่อขออัตรากำลัง และฝ่ายบริหารงานทั่วไป เพื่อขอยานพาหนะ
- 8.1.2.4 ทำบันทึกอนุมัติเดินทางไปราชการตามแบบฟอร์มขออนุมัติ ให้ข้าราชการเดินทางไปราชการ (F-AS-003)
- 8.1.3 ผู้อำนวยการฯ อนุมัติให้ไปราชการ
- 8.1.4 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดหรือทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด
 - 8.1.4.1 ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยพร้อมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดตามวิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (W-AS-001) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการปฏิบัติการ การประเมินผล
 - 8.1.4.2 พิจารณาติดตามเยี่ยมต่อในกรณียังมีปัญหาซับซ้อน หากต้องติดตามเยี่ยมต่อไปปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 8.1.2.2 - 8.1.4.1
 - 8.1.4.3 สรุปรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (F-AS-004)
 - 8.1.4.4 เสนอสรุปรายงานการติดตามเยี่ยมให้ผู้้านวยการทราบ
- 8.1.5 ผู้อำนวยการทราบและพิจารณาสั่งการ
- 8.1.6 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดหรือทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด
 - 8.1.6.1 ดำเนินการตามสั่งการ

8.2.5.3 เสนอสรุปรายงานการติดตามเยี่ยมหรือรายงานการประสานงานให้ผู้
 อำนาจการทราบ

8.2.6 ผู้อำนวยการฯ ทราบและพิจารณาสั่งการ

8.2.7 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด หรือทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดดำเนินการตามสั่ง

8.2.8 ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด ลงทะเบียนการติดตามเยี่ยมและลงทะเบียนการแจกจ่าย
 รายงาน ใน F-AS-006 และจัดเก็บรายงาน

8.3 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการบริการสุขภาพจิตชุมชน สำหรับโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหา
 สุขภาพจิต

8.3.1 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด หรือทีมงานสุขภาพจิตโซนจังหวัด

8.3.1.1 ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายแผนงานในการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีให้
 สอดคล้องกับพันธกิจ นโยบายคุณภาพ และวัตถุประสงค์คุณภาพของ
 โรงพยาบาล (Q-QO-001)

8.3.1.2 เสนอแผนปฏิบัติงานให้หัวหน้าฝ่ายแผนงานเพื่อพิจารณาตรวจสอบแผน
 ปฏิบัติงานประจำปี (F-PL-001) ในกรณีพิจารณาแล้วไม่สอดคล้องกับ
 พันธกิจ นโยบายคุณภาพและวัตถุประสงค์คุณภาพฝ่ายแผนงานจะแจ้งให้
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดทราบ

8.3.2 ในกรณีที่หัวหน้าฝ่ายแผนงานพิจารณาแผนปฏิบัติงานประจำปีว่าสอดคล้องจะนำเสนอ
 ผู้อำนวยการฯ เพื่ออนุมัติ

8.3.3 ผู้อำนวยการฯ อนุมัติให้ดำเนินงานตามแผน

8.3.4 ฝ่ายแผนงานแจ้งให้ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดทราบ

8.3.5 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดเขียนโครงการตามแบบฟอร์มการเขียนโครงการ (F-AS-008)
 เสนอผู้อำนวยการฯ เพื่อขออนุมัติดำเนินการ

8.3.6 ผู้อำนวยการอนุมัติให้ดำเนินโครงการ

8.3.7 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดชี้แจงผู้ปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด ที่เกี่ยวข้อง
 กับการดำเนินงานโครงการทราบ เพื่อร่วมปฏิบัติงานตามโครงการร่วมกัน

8.3.8 ปฏิบัติงานตามโครงการ และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และปรับ
 แผนการดำเนินงานพร้อมทั้งกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม สรุปรายงานนำเสนอผู้อำนวยการ
 ตามแบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินโครงการ (F-PL-003) เมื่อสิ้นสุดโครงการ สำหรับการติดตามเยี่ยม
 เครือข่ายให้ปฏิบัติตาม วิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต (W-AS-002)

8.3.9 ผู้อำนวยการฯ ทราบ และพิจารณาสั่งการ

8.3.10 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด หรือทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด ดำเนินงานตาม สั่งการ และสำเนาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและจัดเก็บ

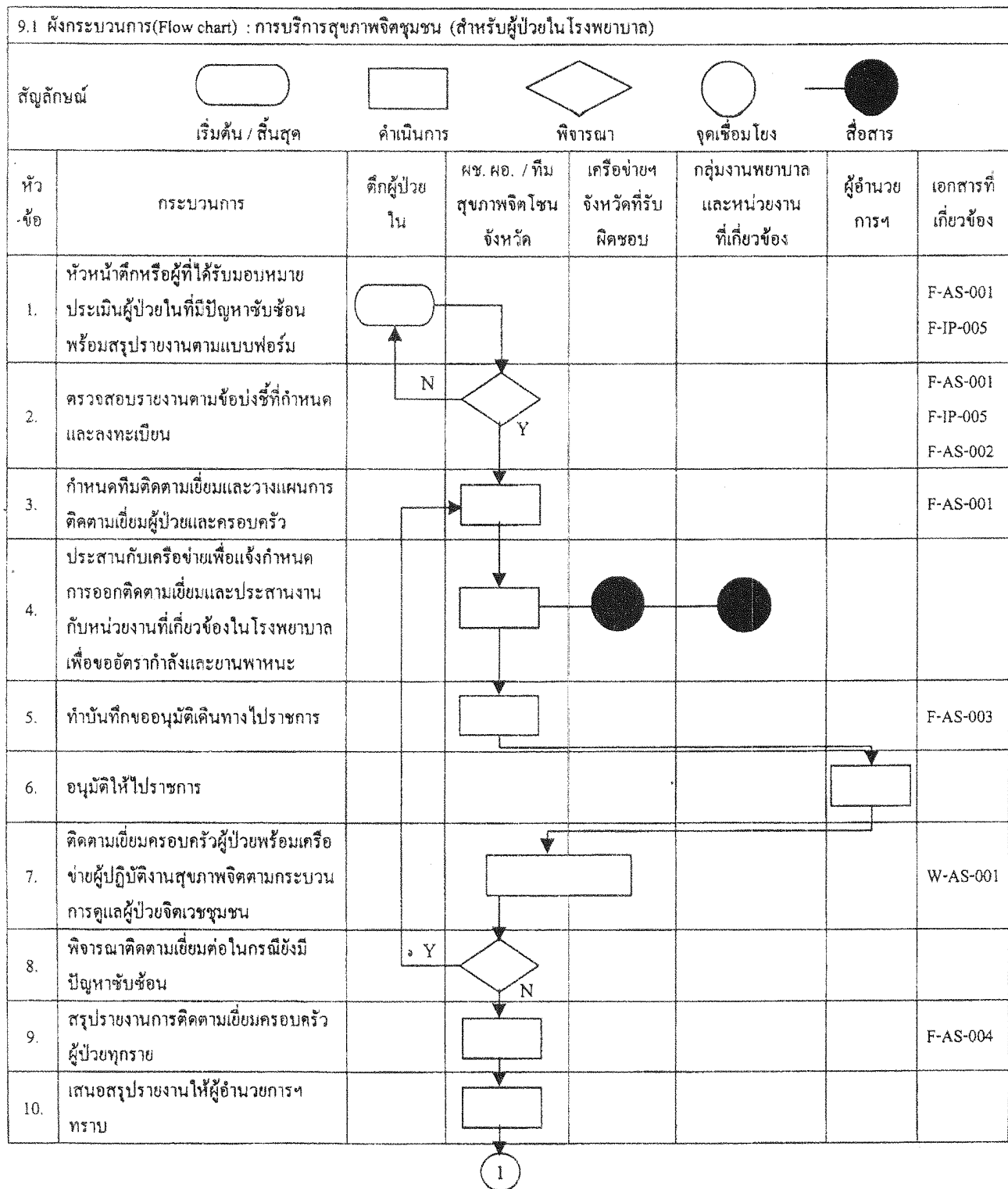
9. เอกสารแนบท้าย

ผังกระบวนการ Flow Chart เรื่อง

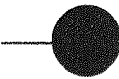
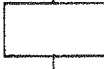
9.1 การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล)

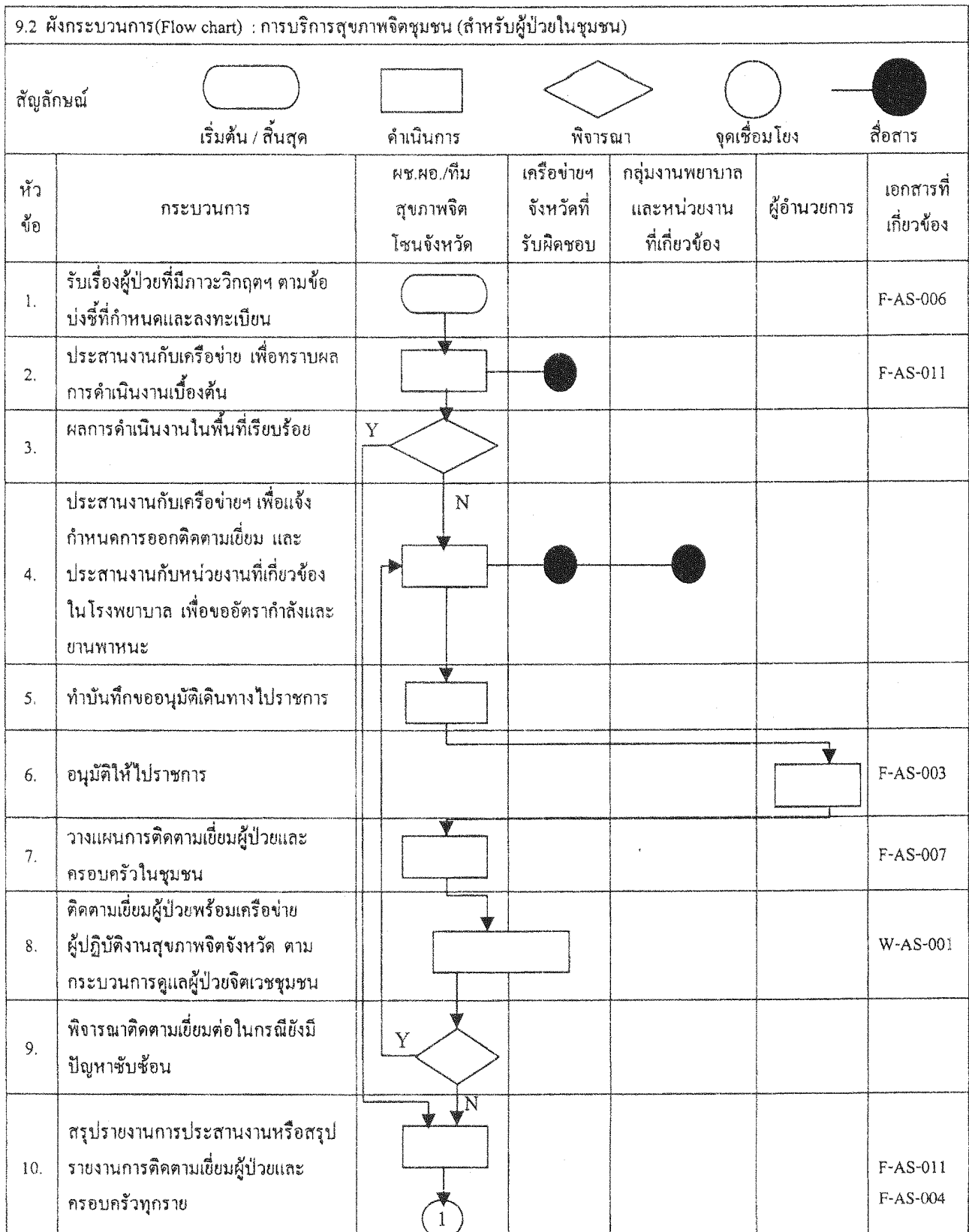
9.2 การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในชุมชน)

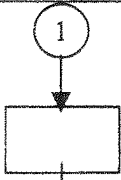
9.3 การบริการสุขภาพจิตชุมชน (โครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต)

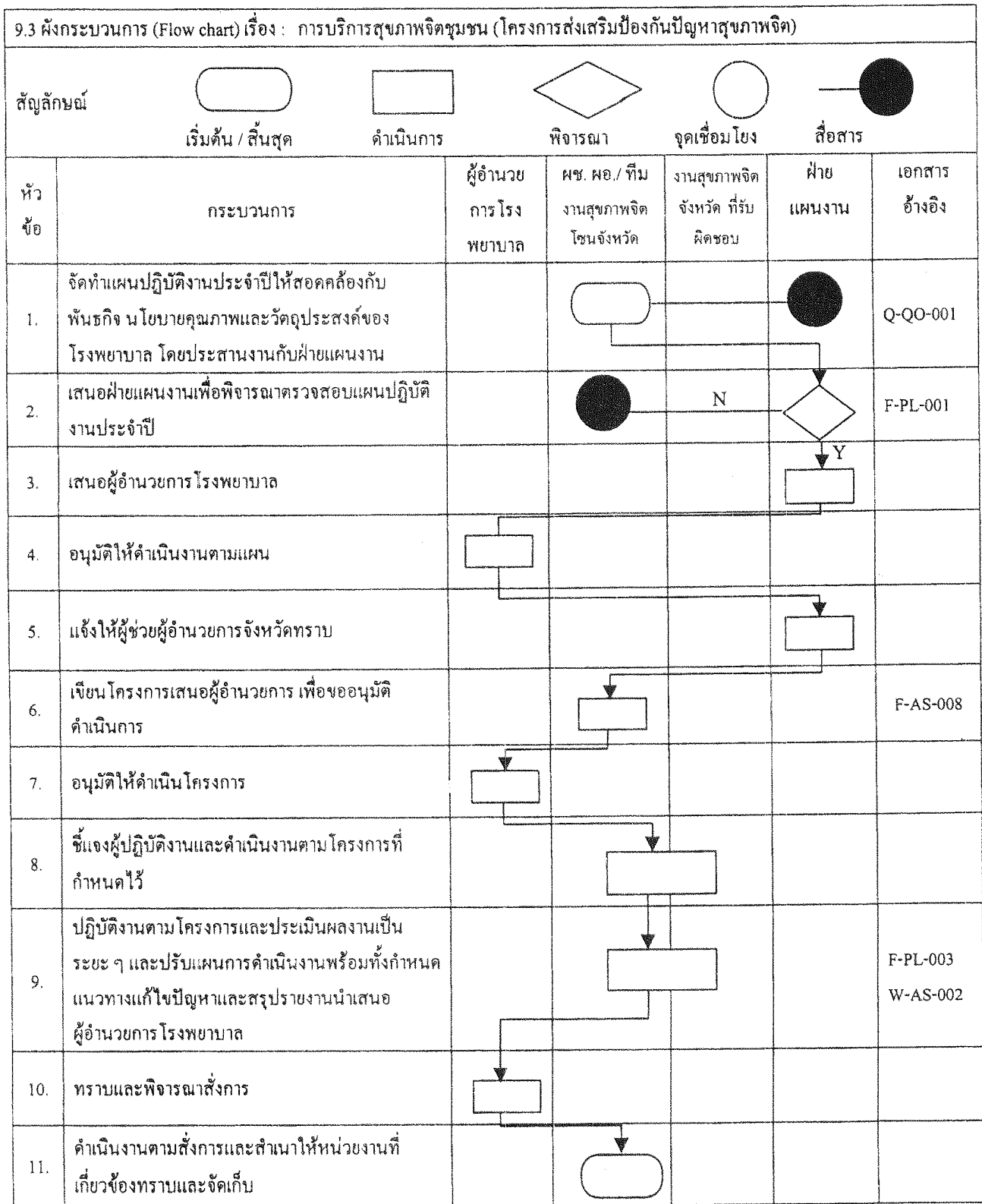


9.1 หังกระบวนการ(Flow chart) : การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล) (ต่อ)

สัญลักษณ์							
							
		เริ่มต้น / สิ้นสุด	ดำเนินการ	พิจารณา	จุดเชื่อมโยง	สื่อสาร	
หัวข้อ	กระบวนการ	ศึกผู้ป่วยใน	ผช. ผอ. / ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เครือข่ายฯ จังหวัดที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ผู้อำนวย การ	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
11.	ทราบและพิจารณาสั่งการ		1				
12.	ดำเนินการตามที่สั่งการ						
13.	ลงทะเบียนการติดตามเยี่ยมและสำเนา ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ส่วนที่ 3) ลงทะเบียนการแจกจ่าย						F-AS-002 F-AS-004



9.2 ผังกระบวนการ(Flow chart) : การบริการสุขภาพจิตชุมชน (สำหรับผู้ป่วยในชุมชน) (ต่อ)						
หัวข้อ	กระบวนการ	ผช.ผอ./ทีมสุขภาพจิต โซนจังหวัด	เครือข่ายฯ จังหวัดที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ผู้อำนวยกา	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
11.	เสนอสรุปรายงานการประสานงานหรือการติดตามเยี่ยมให้ผู้อำนวยความสะดวกฯ ทราบ					F-AS-011 F-AS-004
12.	ทราบและพิจารณาสั่งการ					
13.	ดำเนินการตามที่สั่งการ					
14	ลงทะเบียนการติดตามเยี่ยม และลงทะเบียนการแจกจ่ายรายงาน จัดเก็บรายงาน					F-AS-006



10. วิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (W-AS-001)

10.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน

10.2 ผู้ปฏิบัติงาน

10.2.1 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

10.2.2 ทีมสุขภาพจิตชนจังหวัด

10.3 วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ -

10.4 วิธีปฏิบัติงาน

10.4.1 ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน ทีมสุขภาพจิตชนจังหวัดจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจก่อน จึงดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกในการตรวจวัดภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม สังเกต สืบหา และค้นหา ประเด็นข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และ/หรือมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ข้อมูลเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ พัฒนาการของชีวิตในแต่ละช่วงวัย ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา ประวัติพันธุกรรม ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และสภาพแวดล้อมเป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญสำหรับทีมงานสุขภาพจิต เพื่อนำมาพิจารณาตัดสินใจเลือกสรร ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน แม่นยำ เป็นปัจจุบัน ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา ความต้องการ บริการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis) เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลต่างๆ จากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และประมวลผลจนสามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วย ครอบครัว มีปัญหา อาการ พฤติกรรมและความต้องการอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแผนการแก้ไขปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้สอดคล้องกับขั้นตอนที่ 2 แต่เนื่องจากก่อนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบ ปัญหา อาการ พฤติกรรมในระดับหนึ่งจึงวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวใน

F-AS-007 หากพบว่าจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเพิ่มขึ้นจากเดิม ก็สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติมได้ สำหรับการวางแผนจะประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สภาพปัญหาและความต้องการ แผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการ (Implementation) เป็นขั้นตอนการนำแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปดำเนินการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน เน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ โดยสรุปแล้วขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการรักษาและช่วยเหลือทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งภายหลังปฏิบัติการจะต้องบันทึกการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมลงใน F-AS-004 ด้วย

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความสำเร็จในการแก้ไขปัญหหรือไม่ การประเมินผลการดูแลจะกระทำได้โดยการเปรียบเทียบข้อมูล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการดูแลแก้ไขปัญห (Actual Outcome) ซึ่งให้ประเมินผลตามกิจกรรมการรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคมว่าได้ผลอย่างไร โดยให้สรุปผลในช่องการประเมินผลของส่วนที่ 3 ใน F-AS-004 ในการติดตามเยี่ยมแต่ละครั้งนอกจากเป็นการประเมินผลตามกิจกรรมการรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคมแล้ว ยังจะต้องประเมินผลสรุปว่าต้องติดตามเยี่ยมต่อหรือไม่ หรือควรยุติการติดตามเยี่ยม ตามเกณฑ์การประเมินผลเพื่อยุติการเยี่ยม ดังนี้

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้
2. มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต สามารถดูแลและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัวได้

10.4.2 ในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว ไม่ต้องสัมภาษณ์ในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป ยกเว้นมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

10.4.3 ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน ในแต่ละรายควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

10.5 ข้อควรระวัง/ข้อแนะนำ

- 10.5.1 ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดควรศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวทุกราย
- 10.5.2 การประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่จะต้องมีการดำเนินการล่วงหน้าเพื่อให้เครือข่ายฯ ได้ร่วมทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวด้วยทุกครั้ง
- 10.5.3 ในการเดินทางติดตามเยี่ยมฯ ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดควรวางแผนเส้นทางในการเดินทางให้สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน
- 10.5.4 ในการเดินทางติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละวันไม่ควรให้พนักงานขับรถยนต์ ขับรถติดต่อกันเกิน 4 ชั่วโมง

10.6 เอกสารอ้างอิง

- 10.6.1 แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน (F-AS-001)
- 10.6.2 รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (F-AS-004)
- 10.6.3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือซับซ้อนในชุมชน (F-AS-007)

หมายเหตุ สำหรับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน สามารถใช้แนวทางในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน หรือวิกฤตในชุมชนนี้ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองได้ สำหรับแบบฟอร์มที่ใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอาจใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง และเป็นแบบฟอร์มที่เครือข่ายทุกระดับในจังหวัดขอนแก่นร่วมกันพัฒนาขึ้นในปีงบประมาณ 2545 รายละเอียดอยู่ในภาคผนวกหน้า 132

11. วิธีปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

11.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

11.2 ผู้ปฏิบัติงาน

11.2.1 ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

11.2.2 ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัด

11.3 วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

- แผนที่ ปากกาเขียนแผ่นใส เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ

11.4 วิธีปฏิบัติงาน

11.4.1 วางแผนกำหนดวันในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ โดยประสานงานกับเครือข่ายฯ ระดับจังหวัด สำหรับการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ กำหนดให้มีการติดตามเยี่ยม 2 ครั้ง/ปี จำนวนวันในการติดตามเยี่ยมของแต่ละจังหวัดกำหนดให้เหมาะสมตามสภาพของพื้นที่

11.4.2 ส่งแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต (F-AS-010) ให้กับเครือข่ายฯ ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อส่งต่อไปให้เครือข่ายฯ ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล กรอกรายละเอียดตามแบบฟอร์ม และเครือข่ายฯ ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) รวบรวมให้ในวันติดตามเยี่ยม

11.4.3 ติดตามเยี่ยมเครือข่ายตามวันที่กำหนด

11.4.3.1 ในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ ครั้งที่ 1 ให้ดำเนินการดังนี้

- (1) ติดตามผลการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายฯ ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
- (2) เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตและแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
- (3) เพื่อชี้แจงแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตในปีงบประมาณที่ติดตามเยี่ยม (แผนการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ แผนการดำเนินงานสุขภาพจิตของระดับเขต และระดับจังหวัด การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน การนำเสนอโครงการเด่นในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ฯลฯ)

11.4.3.2 ในการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ ครั้งที่ 2 ให้ดำเนินการดังนี้

- (1) ติดตามผลการดำเนินงานสุขภาพจิตของเครือข่ายฯ ในปีงบประมาณปัจจุบัน (ตุลาคม - มีนาคม)
- (2) เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตและแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
- (3) รายงานผลการดำเนินงานสุขภาพจิตของระดับเขตและจังหวัด
- (4) ให้เครือข่ายฯ ในแต่ละระดับ นำเสนอโครงการเด่น
- (5) ฟังพู่ความรู้สุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายฯ ตามการสำรวจในครั้งที่ 1

11.4.3.3 สรุปรายงานการติดตามเยี่ยมเครือข่ายฯ ภายหลังเสร็จสิ้นการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง ตามแบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานโครงการ (F-PL-003)

11.5 ข้อควรระวัง/ข้อแนะนำ

เครือข่ายฯ ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมอาจไม่มาตามเป้าหมายที่กำหนดจึงควรประสานงานยืนยันกำหนดการติดตามเยี่ยมกับเครือข่ายฯ ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

11.6 เอกสารอ้างอิง

11.6.1 การติดตามเยี่ยมเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต (F-AS-010)

11.6.2 แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานโครงการ (F-PL-003)

12. ตัวอย่างการเขียนรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน

ตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นตัวอย่างการเขียนรายงานต่างๆ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ซึ่งมีหลายกรณี ดังนี้

ตัวอย่างที่ 1 การเขียนรายงานในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอยู่รักษาในโรงพยาบาล ตีผู้ป่วยในส่งใบร้องขอให้ติดตามเยี่ยม เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ readmit ภายใน 3 เดือน และอาการดีขึ้นแล้ว ญาติไม่ยอมรับกลับ และมีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดจึงได้ติดตามเยี่ยมครอบครัวตามที่ร้องขอ (หน้า 73 - 82)

ตัวอย่างที่ 2 การเขียนรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนซึ่งพื้นที่ร้องขอเนื่องจากผู้ป่วยถูกกล่าวหาตามความเชื่อในชุมชนว่าเป็นผีปอบ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัดได้ดำเนินการเบื้องต้นแล้ว แต่สถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจึงได้จัดทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดออกติดตามเยี่ยม (หน้า 83 - 91)

ตัวอย่างที่ 3 การเขียนรายงานกรณีมีจดหมายจากผู้ป่วยซึ่งเคยมาับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ส่งมาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่ามีความคิดฆ่าตัวตายโดยขอยานอนหลับจากทางโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกจึงประสานงานกับโซนขอนแก่น ให้ติดต่อกับเครือข่ายในอำเภอภูเวียงที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ให้ดำเนินการช่วยเหลือ ดูแล รักษา (หน้า 92 - 93)

ตัวอย่างที่ 4 การเขียนรายงานกรณีในพื้นที่ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นรับผิดชอบประสบกับภัยพิบัติ คือ อุทกภัย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับการเขียนรายงานจะเป็นการเขียนรายงานตามแบบฟอร์มของกรมสุขภาพจิต (หน้า 94)

การเขียนรายงานทั้ง 4 ตัวอย่าง จะใช้นามสมมติในข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง
ทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับ

ตัวอย่างที่ 1 การเขียนรายงานในกรณีผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล ตึกผู้ป่วยในร้องขอให้
ติดตามเยี่ยม ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดมีดังนี้ คือ ผู้ป่วยมีประวัติล้มขัง readmit ภายใน 3 เดือน (หลังจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น) admit เกิน 10 ครั้งขึ้นไป ญาติไม่ยอมรับกลับและมีแนวโน้มจะทอดทิ้ง
และญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตเวชจังหวัดติดตามเยี่ยม ซึ่งกรณีตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยที่ readmit ภายใน 3 เดือน
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ขั้นตอนการดำเนินการจะเริ่มจาก หัวหน้าตึกหรือผู้ได้รับ
มอบหมาย ประเมินผู้ป่วยพร้อมทั้งสรุปรายงานขอให้ติดตามเยี่ยมตามแบบฟอร์ม F-AS-001 ส่งไปยังสำนัก
ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัดหรือทีมสุขภาพจิตเวชจังหวัดตรวจสอบเอกสารและผู้ป่วย
ว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด จึงลงทะเบียนรับเรื่องไว้ในแบบฟอร์ม F-AS-002 และวางแผนก่อนติดตามเยี่ยม
ในส่วนที่ 3 ของแบบฟอร์ม F-AS-001 กำหนดทีมติดตามเยี่ยม วันที่ติดตามเยี่ยม ประสานงานเครือข่าย
สุขภาพจิตในพื้นที่ และดำเนินการออกติดตามเยี่ยมตามกำหนด หลังติดตามเยี่ยมเสร็จ จะสรุปผลการ
ติดตามเยี่ยมตามแบบฟอร์ม F-AS-004 ลงทะเบียนการติดตามเยี่ยมในแบบฟอร์ม F-AS-002 รายงานผลการ
ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวให้ผู้อำเภอทราบ และดำเนินงานต่อไปตามที่ผู้อำนวยการสั่งการ พร้อม
ทั้งแจ้งผลการติดตามเยี่ยม และสำเนาส่วนที่ 3 ของแบบฟอร์ม F-AS-004 ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เป็นการ
เสร็จสิ้นขั้นตอนการติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยรายใดต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่องจะ
ดำเนินการวางแผนการดำเนินงานก่อนออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง และดำเนินการตามขั้นตอนเช่นเดิม
หมายเหตุ แบบฟอร์มที่กล่าวถึงในตัวอย่าง สามารถศึกษาได้ในภาคผนวก

เลขที่รับเรื่อง 01/45

แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

วันที่ 26 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2545

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นายสมศักดิ์ (นามสมมติ) รับไว้ครั้งที่ 8 ดึก ชงโค

อายุ 28 ปี เพศ ชาย สถานภาพสมรส โสด การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3

อาชีพ รับจ้าง H.N. 01 - 30 A.N. 102 - 45

ที่อยู่ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ -

อาการสำคัญ กลางคืนไม่นอน นิ่งหลับมิดตลอดทั้งคืน ไม่ยอมอาบน้ำ น้อยใจมารดาคิดว่ามารดาไม่รักตนเอง
 พูดและต่อว่ามารดาว่าขายที่ดินได้เงินหลายแสน แต่ไม่ยอมให้ลูกๆ ใช้ มีอาการก่อนมา รพ. 2 วัน

วันที่เข้ารับการรักษา 15 กรกฎาคม 2545 วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย 10 พฤษภาคม 2545

การวินิจฉัยโรค Mental and behavioural disorder due to use of alcohol

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ (ยกเว้น HIV ไม่ต้องลง) -

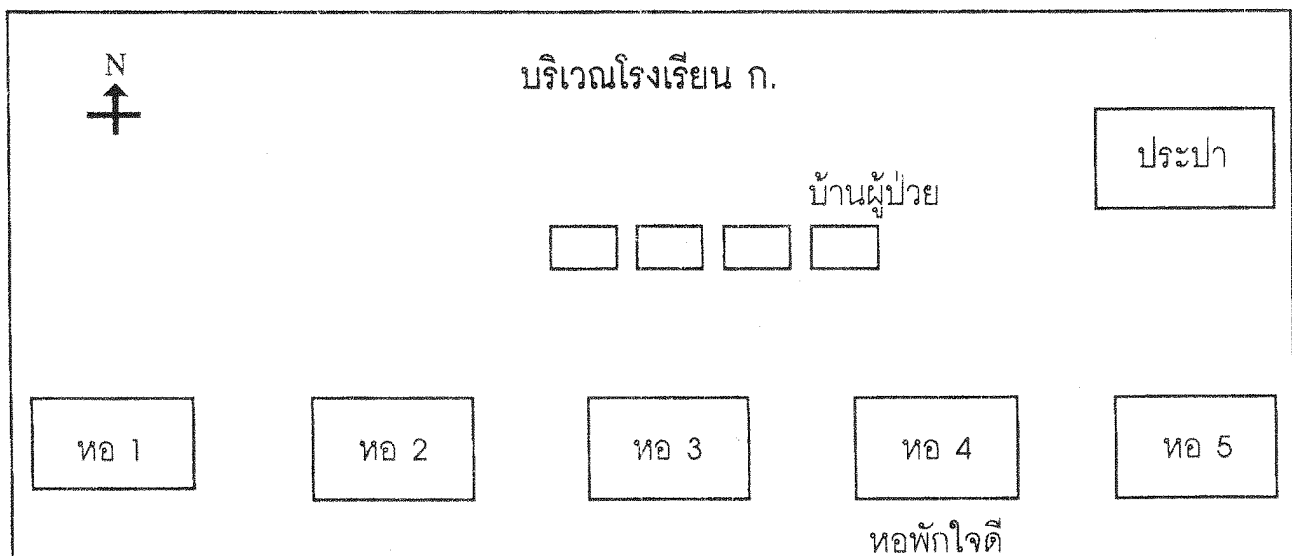
ยาที่แพทย์ให้การรักษากับผู้ป่วยในปัจจุบัน

Halo (5) 1xAM, Hs

Benz (5) 1xAM, Hs

CPZ (50) 1xHs

แผนที่บ้านผู้ป่วยโดยสังเขป (สมมติ)



ส่วนที่ 2 สรุปปัญหา อาการ พฤติกรรม ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ว.ด.ป / ปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
15 กรกฎาคม 2545 กลับมารักษารักษาเนื่องจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ต้มเหล้า มีอาการนอนไม่หลับ นิ่งหลับมิดตลอดคืน น้อยใจว่ามารดาไม่รัก ต่อว่ามารดาว่าขายที่ดินได้เงินหลายแสนแต่ไม่ยอมให้ลูกๆ ใช้	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและ ประเมินอาการทางจิต - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก - จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและดูแลให้ทำกิจกรรมบำบัดตามความเหมาะสม - ดูแลให้รับการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา - ประเมินปัญหาการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	26 กรกฎาคม 45 - ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ พูดคุยรู้เรื่องสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมดี - ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมในหอผู้ป่วยดี - บอกถึงวิธีการปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง
26 กรกฎาคม 2545 ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาภายใน 2 เดือน รักษาอาการทางจิตสงบ ได้ติดต่อญาติให้มารับกลับ แต่ญาติปฏิเสธที่จะมารับผู้ป่วย อยากฝากผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาลตลอดไป	- ส่งต่อโซนจังหวัดขอนแก่น เพื่อค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยของญาติขณะอยู่ที่บ้านและเพื่อเตรียมครอบครัวชุมชน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	วิรัช/RN ตรวจสอบแล้วและวางแผนติดตามเยี่ยม เดือนกรกฎาคม 2545 ไพรวลัย/RN

HN 01 - 30	ชื่อผู้ป่วย นายสมศักดิ์ (นามสมมติ)	ตึก ขงโค
AN 102 - 45		

ส่วนที่ 3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน (ก่อนออกติดตามเยี่ยม)

1. ชื่อผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม นายสมศักดิ์ (นามสมมติ)
2. ทีมที่ติดตามเยี่ยม นางไพลิน นายวิรัช นายคมสันต์
3. วัน เดือน ปี ที่ติดตามเยี่ยม 30 กรกฎาคม 2545
4. ปัญหาที่ติดตามเยี่ยม
 - ☒ 1. Readmit ภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - ☐ 2. Admit ครั้งที่ 10 ขึ้นไป
 - ☒ 3. ญาติไม่ยอมรับกลับและมีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล
 - ☐ 4. ผู้ป่วยมีประวัติล้าม้าง
 - ☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน
 - 5.1 วัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม
 - ☒ 1. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย
 - ☒ 2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้
 - ☒ 3. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
 - ☒ 4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามศักยภาพของครอบครัวและชุมชน
 - ☒ 5. อื่น ๆ (ระบุ) เพื่อประเมินความคิดเห็น ความรู้สึกของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ถึงสาเหตุของการฝากผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดไป และนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือร่วมกัน
 - 5.2 เกณฑ์การประเมินผลเพื่อยุติการเยี่ยม
 - ☒ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
 - ☒ 2. มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้
 - ☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน

5.3 สภาพปัญหา อาการ พฤติกรรม ความต้องการ และแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ว/ด/ป	สภาพปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	แผนการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว	ผู้บันทึก/ ตำแหน่ง
29 กรกฎาคม 2545	ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ หลังจำหน่ายภายใน 2 เดือน เนื่องจากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แอปไปดื่มเหล้าบ่อยๆ ทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลางคืนนอนไม่หลับ นิ่งลับมิดตลอดคืน ไม่อาบน้ำ น้อยใจคิดว่ามารดาไม่รักตนเอง ได้รับการดูแลรักษาอยู่ในรพ. จนอาการทางจิตทุเลา แต่ญาติไม่มาติดต่อขอรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน	- หาสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำ - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ ตลอดจนปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัว - ร่วมหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ ตามศักยภาพที่มีอยู่ - หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย - ประเมินปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	ไพรวลัย/RN

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน ครั้งที่ 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นายสมศักดิ์ (นามสมมติ) อายุ 28 ปี

สถานภาพสมรส โสด การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ รับจ้าง

ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วันที่ติดตามเยี่ยม 30 กรกฎาคม 2545 เยี่ยมตามเลขที่รับเรื่อง 01/45

เวลาในการติดตามเยี่ยม 13.30 น. ถึง 15.00 น.

คณะติดตามเยี่ยม

- | | | | |
|---------------|--------------|---------------------|---------------------------|
| 1. นายวิรัช | สุดจันทร์ฮาม | พยาบาลวิชาชีพ 6 | หน่วยงาน รพ.จิตเวชขอนแก่น |
| 2. นางไพลิน | ปรัชญคุปต์ | นักสังคมสงเคราะห์ 5 | หน่วยงาน รพ.จิตเวชขอนแก่น |
| 3. นายคมสันต์ | น้อยเส้น | พยาบาลเทคนิค 6 | หน่วยงาน รพ.จิตเวชขอนแก่น |
| 4. นางผ่องศรี | งามดี | พยาบาลวิชาชีพ 6 | หน่วยงาน สสจ.ขอนแก่น |

สาเหตุการติดตามเยี่ยม

- ☐ 1. ผู้ป่วยมีประวัติล้าม้าง
- ☒ 2. ผู้ป่วย Readmit ใน 3 เดือน
- ☐ 3. ผู้ป่วย Admit มากกว่าครั้งที่ 10 ขึ้นไป
- ☒ 4. ผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัว ญาติไม่ยอมรับกลับ มีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วย
- ☐ 5. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
- ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

วัตถุประสงค์การติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☒ 1. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพที่มีอยู่
- ☒ 2. เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
- ☒ 3. เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน
- ☐ 4. เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา

- ☐ 5. เพื่อป้องกันการกลับไปลุ่มขังผู้ป่วยซ้ำ
- ☒ 6. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 3 เดือน
- ☒ 7. เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- ☒ 8. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับญาติให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ☒ 9. เพื่อสนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ☒ 10. เพื่อเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- ☐ 11. อื่นๆ (ระบุ).....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พบขณะติดตามเยี่ยม

นางมา (นามสมมติ) เกี่ยวข้องเป็น มารดา

จำนวนผู้นำชุมชนที่พบขณะติดตามเยี่ยม

นายลี (นามสมมติ) ประธานชุมชน

นางอ่อน (นามสมมติ) อสม.

ลักษณะสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม

บ้านชั้นเดียว หลังคามุงสังกะสี สภาพกลางเก่ากลางใหม่ ภายในบริเวณบ้านมีสิ่งของวางไว้ไม่เป็นระเบียบ
หน้าบ้านต่อเติมเป็นร้านขายอาหาร หลังบ้านติดกับหอพักนักเรียน

ประวัติครอบครัว

บิดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อย มารดาแต่งงานใหม่ ประกอบอาชีพค้าขายอาหารบิดาเลี้ยง
ประกอบอาชีพรับจ้างต่อท่อน้ำประปา รายได้ปานกลาง ผู้ป่วยเข้ากับบิดาเลี้ยงได้ดี ไม่มีปัญหา และบิดาเลี้ยง
สามารถช่วยควบคุมดูแลผู้ป่วยได้พอสมควร มีพี่สาวร่วมบิดาเดียวกัน 2 คน ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว มีน้องชาย
ต่างบิดา 1 คน ปัจจุบันเรียนหนังสืออยู่ที่วิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยเข้ากับน้องชายได้ดี

ประวัติทางพันธุกรรม

ตาของผู้ป่วยเคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ไม่ได้รับการรักษา ปัจจุบันเสียชีวิตแล้วเนื่องจากโรครุนแรง

ประวัติส่วนตัว

1. บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย ชายไทย รูปร่างผอมสูง ผิวขาวเหลือง ไม่ค่อยพูด เงียบขรึม เวลาคุยด้วยต้องกระตุ้นให้พูด จึงสามารถตอบคำถามได้
2. พัฒนาการของชีวิตในแต่ละวัย (ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต) ขณะที่ผู้ป่วยมีอายุ 9 ปี บิดาเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็ง มารดาแต่งงานใหม่ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยอายุประมาณ 10 ปี พี่สาวร่วมบิดา-มารดาเดียวกันเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุรถชนกัน ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจ เริ่มหนีเที่ยวนอกบ้าน คบเพื่อนไม่ดี ใช้สารเสพติดหลายชนิด ดื่มเหล้า ปัจจุบันอาศัยอยู่กับมารดา-บิดาเลี้ยง มีน้องชายต่างบิดา 1 คน
3. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา เริ่มมีอาการทางจิตตั้งแต่อายุประมาณ 18 ปี ด้วยอาการพูดจา สับสน เพ้อเจ้อ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย กลางคืนไม่นอน เดินไปเรื่อยเปื่อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเวลาหลายครั้ง กลับไปอยู่บ้านไม่เกิน 3 เดือน จะมีอาการกำเริบซ้ำทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับประทานยาและแอบไปดื่มสุรา ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล และต้องการฝากผู้ป่วยไว้ให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นดูแลตลอดชีวิต ปัจจุบันเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 8 ด้วยอาการนั่งพูดคนเดียว กลางคืนไม่นอน นิ่งลึบมืดตลอดทั้งคืน ไม่ยอมอาบน้ำ น้อยใจคิดว่ามารดาไม่รักตนเอง พูดและต่อว่ามารดาว่าขายที่ดินได้เป็นเงินหลายแสนแต่ไม่ยอมให้ลูกๆ ใช้

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อาการทางจิตสงบ พูดคุยพอรู้เรื่อง กระตุ้นให้ช่วยทำงานในตึกได้พอสมควร

หมายเหตุ การประเมินอาการในข้อ 1 เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไรก่อนออกติดตามเยี่ยม ส่วนการประเมินปัญหา ความต้องการในข้ออื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จะเป็นข้อมูลที่ได้จากญาติขณะติดตามเยี่ยมครอบครัวของผู้ป่วยที่บ้าน

2. การรับประทานยาและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขอบแอบนำยาไปทิ้งและเวลาญาติเผลอจะแอบไปดื่มสุราบ่อยๆ
3. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม เวลาเกิดการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือกันเอง ชุมชนไม่ได้ให้การช่วยเหลือเนื่องจากกลัวผู้ป่วยทำร้าย ปัจจุบันผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้สิทธิ์ในการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ

4. การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย (กรณีครั้งแรกเป็นการประเมินผู้ป่วยตามข้อ 4.1 - 4.5 ครั้งที่ 2 ของการติดตามเยี่ยมเป็นต้นไป เป็นการประเมินความก้าวหน้า) ความก้าวหน้าจากการติดตามเยี่ยม

4.1 กิจวัตรประจำวัน

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยมีคนกระตุ้นให้ทำ

4.2 การประกอบอาชีพ

ในขณะที่อยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ได้ และเคยประกอบอาชีพรับจ้างซ่อมรถ

4.3 การสื่อสาร

พูดคุยรู้เรื่องดี ได้ตอบได้ตรงคำถาม

4.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ช่วยเหลืองานเล็กๆ น้อยๆ ตามความสามารถที่ทำได้ เข้ากับบุคคลในครอบครัวได้ดีในเวลาที่ไม่มีการเจ็บป่วย

4.5 ความสัมพันธ์ในชุมชน

ผู้ป่วยมักไปนั่งจ้องหน้าและทำตาขวางใส่บุคคลอื่นอยู่บ่อยๆ ทำให้บุคคลอื่นไม่กล้าเข้าใกล้ เพราะกลัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้มีผลต่อการประกอบอาชีพค้าขายของมารดาคือไม่มีใครกล้าเข้าไปรับประทานอาหารในร้าน ทำให้รายได้ลดลง

5. การประเมินปัญหา

5.1 ผู้ป่วย

รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แอบไปดื่มสุราบ่อยๆ ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ

5.2 ญาติ

มีความวิตกกังวล ต้องการให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและหยุดดื่มสุรา ไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ต้องการให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รับการรักษาตลอดไป หรือขอให้ฉีดยาที่แขนทั้ง 2 ข้าง ให้ผู้ป่วยพิการไปหรือถึงแก่ชีวิต ก่อนหน้านั้นเคยคิดจะไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่

ตำรวจเพื่อให้ง่ายจัดการกับผู้ป่วย แต่ยังไม่กล้าตัดสินใจทำ เพราะยังรักและสงสารผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมี ปัญหาในด้านเศรษฐกิจคือรายได้ลดลง เนื่องจากถ้าหากผู้ป่วยอยู่บ้านจะนั่งทำตาขวางใส่ลูกค้าที่เข้ามา รับประทานอาหารในร้านทำให้ไม่มีใครกล้าเข้ามาในร้านอาหาร

5.3 ชุมชน

รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กลัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย

5.4 อื่นๆ (ระบุ) -

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน

ชื่อ นายสมศักดิ์ (นามสมมติ) ว/ด/ป ที่เยี่ยม 30 กรกฎาคม 2545 ครั้งที่เยี่ยม 1

สาเหตุที่เยี่ยม ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ผู้ป่วยมีปัญหาคอรัวญาติปฏิเสธที่จะรับกลับไปดูแล

ภายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาลและอาการดีขึ้น

ทีมที่ติดตามเยี่ยม นายวิรัช นางไพลิน นายคมสันต์

ส่วนที่ 3 การรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

ปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	การรักษาและการช่วยเหลือ ทางจิตสังคม	การประเมินผล
ผู้ป่วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แอปไป ดื่มสุราบ่อยๆ ไม่เชื่อฟังญาติ ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ญาติ ไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแล เนื่องจากยังหวาดกลัวผู้ป่วยจะไปทำร้าย และถ้าหากผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วจะ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ถ้าหากเป็นไปได้จะขอให้โรงพยาบาล ฉีดยาให้แขนทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยพิการ แต่ยังคงเดินได้ตามปกติ ชุมชน รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กลัวจะถูก ผู้ป่วยทำร้าย	- อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงโรคจิตและการ รักษาที่ถูกต้อง ปัจจุบันนี้ผู้ป่วยมีอาการ ทางจิตทุเลา สามารถดูแลตัวเองได้ ช่วยงานในดึกได้ และสามารถกลับไป อยู่กับครอบครัวได้ - แนะนำเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาต่อเนื่อง หากมีปัญหาเรื่องการไม่ร่วม มือในการรับประทานยา สามารถใช้วิธี การฉีดยาเดือนละ 1-2 เข็มทดแทนก็ จะสามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ - แนะนำให้ญาติทำกิจกรรมงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ให้ผู้ป่วยทำ - ให้สังเกตอาการผิดปกติอาการเตือน ล่วงหน้า เช่น ไม่มีสมาธิ หูแว่ว พูดคน เดียว หวาดระแวง หวาดกลัว ให้รับนำ ผู้ป่วยไปพบแพทย์ - ผู้นำชุมชน อสม. เข้าใจคำแนะนำ ยินดีจะช่วยดูแลผู้ป่วย - ให้ข้อมูลกับผู้นำชุมชน อสม. ว่าผู้ป่วย ได้รับการรักษามีอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ แต่ต้องรับ ประทานยาต่อเนื่อง ชุมชนควรดูแล ช่วยกัน ไม่ควรขายเหล้าให้ผู้ป่วย	- ญาติของผู้ป่วยยอมรับฟังและจะมา เยี่ยมผู้ป่วยภายในอาทิตย์นี้ หมายเหตุ - วางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย โดยให้การปรึกษาเป็น รายบุคคลนำผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม บำบัดของทีมสหวิชาชีพ - วางแผนทำ case conference ร่วม กับสหวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยต่อไป - วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและ ครอบครัวภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ตัวอย่างที่ 2 การเขียนรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนซึ่งพื้นที่ร้องขอ เนื่องจากผู้ป่วย ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ

การประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินงานต่อในพื้นที่

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2545

จังหวัด สกลนคร เลขที่รับเรื่อง 03/2545

ชื่อผู้รับเรื่องการประสานงาน นางสาวภาณี กิตติสารพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

โทรศัพท์ 0-4271-1157 โทรสาร 0-4273-3051

เรื่อง ขอความร่วมมือให้ช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ

ผลการประสานงาน

เรื่องที่ประสานงานมีผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบอยู่ใน อ.เมือง เมื่อ 1 เดือนที่แล้ว ทางสำนักงานสาธารณสุข ได้จัดทีมเจ้าหน้าที่ลงไปช่วยเหลือ เนื่องจากถูกชาวบ้านรังเกียจ และอยากให้ผู้ถูกกล่าวหา และครอบครัว ออกจากหมู่บ้าน

ผลการดำเนินงานเบื้องต้น ได้ให้การปรึกษาและดูแลจิตใจกับครอบครัวผู้ถูกกล่าวหา และพบผู้นำชุมชนเพื่อ ช่วยพูดให้ชาวบ้านเข้าใจในเรื่องนี้ เพื่อให้สามารถอยู่ในชุมชนได้เช่นเดิม แต่สถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น สถานีวิทย์ เข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยเหลือครอบครัวผู้ถูกกล่าวหา โดยจะจัดให้มีการพิสูจน์ว่าไม่ได้เป็นปอบ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เกรงว่าจะมีผลกระทบกับครอบครัวผู้ถูกกล่าวหามากขึ้น จึงขอให้จัดทีมสุขภาพจิตออกไป ช่วยเหลือ

การวางแผนการดำเนินงานต่อไป จัดทีมสุขภาพจิตออกติดตามเยี่ยมให้การช่วยเหลือ ในวันที่ 19 กันยายน 2545 ผู้ประสานงาน นางสาวดี ศรีวิเศษ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

1. ชื่อผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม นาย ก. (นามสมมติ)
2. ที่อยู่ผู้ป่วย อ.เมือง จ.สกลนคร
3. ทีมที่ติดตามเยี่ยม นางวัณนี นายไพรวลัย นางสาวระพีพร นางไพลิน นางสาวภาณี นางยุพิน นางสาวอัจฉรา
4. วัน เดือน ปี ที่ติดตามเยี่ยม 19 กันยายน 2545
5. ปัญหาที่ติดตามเยี่ยม
 - ☐ 1. ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่
 - ☒ 2. ถูกกล่าวหาตามความเชื่อในชุมชน
 - ☐ 3. อุปทานห่ม
 - ☐ 4. พฤติกรรมรุนแรง/ภาวะวิกฤตต่างๆ ในชุมชน เช่น อุบัติภัยธรรมชาติ ข่าวดังหนังสือพิมพ์ โทรศัพท์วิทยุ ฯลฯ
 - ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....
6. การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน
 - 6.1 วัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม
 - ☒ 1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วยและชุมชน
 - ☒ 2. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้
 - ☐ 3. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
 - ☒ 4. อื่นๆ (ระบุ) เพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วย ชุมชน และแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
 - 6.2 เกณฑ์การประเมินผลเพื่อยุติการเยี่ยม
 - ☒ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้
 - ☒ 2. มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตสามารถดูแลและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัวได้
 - ☐ 3. อื่นๆ (ระบุ).....

6.3 สภาพปัญหา ความต้องการ และแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ว/ด/ป	สภาพปัญหา และความต้องการ	แผนการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว	ผู้บันทึก/ ตำแหน่ง
7 กันยายน 2545	- ผู้ป่วยถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ และถูกชาวบ้านรังเกียจ อยากให้ย้ายครอบครัวออกจากหมู่บ้าน - ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชนต้องการจัดให้มีการพิสูจน์ว่าไม่ได้เป็นปอบ	- สำรวจปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน - จัดประชุมผู้นำชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และพิจารณาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการพิสูจน์ที่จัดขึ้น - วางแผนให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา - ประเมินอาการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ - ประสานงานกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนในการช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง	นางวัชนิ/RN.

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน ครั้งที่ 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นาย ก. (นามสมมติ) อายุ 50 ปี

สถานภาพสมรส หย่า การศึกษา ป. 4 อาชีพ รับจ้าง

ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วันที่ติดตามเยี่ยม 19 กันยายน 2545 เยี่ยมตามเลขที่รับเรื่อง 03/2545

เวลาในการติดตามเยี่ยม 10.00 น. ถึง 12.00 น.

คณะติดตามเยี่ยม

1. นางวัชนี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 7	รพ.จิตเวชขอนแก่น
2. นายไพโรจน์	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพ 6	รพ.จิตเวชขอนแก่น
3. นางสาวระพีพร	แก้วคอนไทย	พยาบาลวิชาชีพ 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
4. นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 5	รพ.จิตเวชขอนแก่น
5. นางสาวอัจฉรา	มุงพานิชย์	นักจิตวิทยา 4	รพ.จิตเวชขอนแก่น
6. นางสุภาณี	กิตติสารพงษ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	สสจ.สกลนคร
7. นางยุพิน	แก้วนา	พยาบาลวิชาชีพ 6	รพ.สกลนคร

สาเหตุการติดตามเยี่ยม

- ☐ 1. ผู้ป่วยมีประวัติล้มซ้ำ
- ☐ 2. ผู้ป่วย Readmit ใน 3 เดือน
- ☐ 3. ผู้ป่วย Admit มากกว่าครั้งที่ 10 ขึ้นไป
- ☐ 4. ผู้ป่วยมีปัญหาครอบครัว ญาติไม่ยอมรับกลับ มีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วย
- ☐ 5. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
- ☒ 6. อื่นๆ (ระบุ) ถูกกล่าวหาตามความเชื่อในชุมชนว่าเป็นปอบ

วัตถุประสงค์การติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☒ 1. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพที่มีอยู่
- ☒ 2. เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
- ☒ 3. เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน

- ☐ 4. เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา
- ☐ 5. เพื่อป้องกันการกลับไปล่ามขังผู้ป่วยซ้ำ
- ☐ 6. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 3 เดือน
- ☒ 7. เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- ☒ 8. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับญาติให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ☐ 9. เพื่อสนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ☐ 10. เพื่อเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- ☒ 11. อื่นๆ (ระบุ) ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พบขณะติดตามเยี่ยม

นาง ค (นามสมมติ) เกี่ยวข้องเป็น น้องสาว

จำนวนผู้นำชุมชนที่พบขณะติดตามเยี่ยม

1. นายมา (นามสมมติ) เกี่ยวข้องเป็น ผู้ใหญ่บ้าน
2. พก.จัน (นามสมมติ) เกี่ยวข้องเป็น เจ้าอาวาสวัด

ลักษณะสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม

บ้านไม้ชั้นเดียวยกพื้นสูง หลังคามุงด้วยสังกะสี หน้าบ้านมีชานยื่นออกมา ห้องนอนกั้นด้วยไม้กระดาน มีรอยแตกโหว่หลายแห่ง ลักษณะเป็นบ้านเก่า รอบบริเวณบ้านมีหญ้าขึ้นรกรุงรัง ไม่มีรั้วแบ่งเขตชัดเจน

ประวัติครอบครัว

- มีพี่น้อง 3 คน ผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 2 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนโต บิดามารดาเสียชีวิตประมาณ 20 ปีก่อน
- เคยแต่งงานแล้ว มีบุตรผู้หญิง 2 คน ปัจจุบันหย่าร้างกับภรรยา เพราะผู้ป่วยชอบดื่มเหล้าแล้ว อาละวาดกับลูกเมีย ขณะที่ถูกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านน้องสาว (ห่างจากบ้านเดิมของผู้ป่วยประมาณ 50 เมตร) ไม่กล้าอยู่บ้านตนเองคนเดียว เพราะกลัวถูกเพื่อนบ้านทำร้าย

ประวัติทางพันธุกรรม

- บิดาของผู้ป่วยเคยถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ ถูกลอบยิงเสียชีวิตเมื่อ 20 ปีก่อน เนื่องจากเพื่อนบ้านโกรธแค้น คิดว่าปอบไปกินญาติของตนเองจนตาย เพื่อนบ้านคิดว่าผู้ป่วยได้รับการสืบทอดความเป็นปอบจากบิดา

ประวัติส่วนตัว

1. บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย

เป็นคนค่อนข้างจะพูดมาก โอ้อวดว่าตนเองเป็นคนเก่ง เป็นคนมีความสามารถ ยึดเอาความคิดตนเองเป็นใหญ่

2. พัฒนาการของชีวิตในแต่ละวัย (ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต)

2 ปี ก่อนมีปัญหากับภรรยาและได้หย่าร้าง เนื่องจากผู้ป่วยชอบดื่มเหล้า เวลาเมาจะอาละวาด ชอบดุด่า ทุบตีลูกและภรรยาบ่อยๆ จนภรรยาและลูกต้องหนีไปอยู่ที่หมู่บ้านอื่น

3. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต มีแต่รู้สึกเครียดเป็นบางครั้ง ซ้อย่าจากร้านขายยามารับประทานเอง อาการดีขึ้น

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม

- ถามตอบรู้เรื่องดี รู้สึกเครียด ไม่สบายใจที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ บางครั้งก็รู้สึกโกรธมากที่ถูกกล่าวหาอย่างนั้น เพื่อนบ้านรู้สึกรังเกียจ บางคนก็กลัว เดินไปไหนไม่มีคนพูดด้วย มีแต่คนดูน้ำลายใส่หน้า บางครั้งก็ร้องด่า ไปซื้อของที่ตลาดเขาก็ไม่ขายให้ ลูกหลานของตนเองก็ถูกสังคมรังเกียจเช่นกัน

2. การรับประทานยาและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน

- ไม่ได้รับประทานยา

3. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม

มีพระภิกษุที่วัดที่เชื่อว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นปอบ ได้พยายามแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าวัดบ่อยๆ และได้พยายามเทศนาสั่งสอนผู้ที่เข้าวัดทำบุญ ไม่ให้เชื่อในเรื่องมหายาเหล่านี้ ส่วนเจ้าหน้าที่หรือผู้นำชุมชนก็ไม่ได้เชื่อในเรื่องนี้ แต่ไม่กล้าไปขัดกระแสความเชื่อคนในชุมชน เพราะเป็นบุคคลส่วนมาก

4. การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย (กรณีครั้งแรกเป็นการประเมินผู้ป่วยตามข้อ 4.1 - 4.5 ครั้งที่ 2 ของการติดตามเยี่ยมเป็นต้นไป เป็นการประเมินความก้าวหน้า)

4.1 กิจวัตรประจำวัน

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

4.2 การประกอบอาชีพ

ว่างงาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ

4.3 การสื่อสาร

การสื่อสารได้ตอบรู้เรื่องดี

4.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ครอบครัวรักใคร่กันดี น้องสาว และหลานๆ รู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เข้าใจและคอย
ปลอบใจกันมาตลอด

4.5 ความสัมพันธ์ในชุมชน

ชุมชนรู้สึกกลัวบางคนรู้สึกเกลียด(โดยเฉพาะคู่กรณีที่คิดว่าผู้ป่วยเป็นปอบแล้วไปกินญาติตนเอง
จนเสียชีวิต) คนในชุมชนแสดงความรังเกียจต้องการให้ผู้ป่วยและครอบครัวออกไปจากหมู่บ้าน

5. การประเมินปัญหา

5.1 ผู้ป่วย

ถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ รู้สึกเครียดมาก บางครั้งนอนไม่หลับจะไปไหนมีแต่คนรังเกียจ
บางครั้งก็รู้สึกกลัวว่าเพื่อนบ้านจะรุมทำร้าย

5.2 ญาติ

รู้สึกเครียดเช่นกัน เพื่อนบ้านไม่ยอมรับ รังเกียจ ต้องการให้ย้ายครอบครัวออกไปจากหมู่บ้าน

5.3 ชุมชน

รู้สึกกลัว ไม่กล้าพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วย บางบ้านไปหาว่านหรือสมุนไพรปลูกไว้หน้าบ้าน
เพราะเชื่อว่าจะสามารถกันปอบได้ บางคนรู้สึกเกลียดและโกรธแค้น อยากทำร้ายผู้ป่วยและครอบครัวหรือไม่
ก็ให้ออกไปจากหมู่บ้าน

5.4 อื่นๆ (ระบุ)

ชุมชน สื่อมวลชน ต้องการให้มีการพิสูจน์ข้อเท็จจริงว่าผู้ป่วยเป็นปอบจริงหรือไม่ โดยให้หา
หมอผีมาพิสูจน์ต่อหน้าสาธารณชน

ชื่อ นาย ก (นามสมมติ) ว/ด/ป ที่เยี่ยม 19 กันยายน 2545 ครั้งที่เยี่ยม 1

สาเหตุที่เยี่ยม ถูกกล่าวหาว่าเป็นป ทิมที่ติดตามเยี่ยม นางวัณนี นายไพรวลัย นางสาวระพีพร นางไพลิน นางสาวอัจฉรา นางสาวภาณี นางยุพิน

ส่วนที่ 3 การรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

ปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	การรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคม	การประเมินผล
- ผู้ป่วยถูกกล่าวหาว่าเป็นปอบ รู้สึกเครียดมาก บางครั้งนอนไม่หลับ จะไปไหนมีแต่คนแสดงความรังเกียจ บางครั้งก็รู้สึกกลัวเพื่อนบ้านจะรุมทำร้าย ญาติผู้ป่วยก็ถูกรังเกียจและรู้สึกเครียดเช่นกัน ทำให้นอนไม่หลับ - ชุมชนรู้สึกกลัว บางคนรู้สึกเกลียดและโกรธแค้น อยากทำร้ายผู้ป่วยหรือต้องการให้ออกไปจากหมู่บ้าน	- ประเมินปัญหา อาการของผู้ป่วยและญาติ - Support จิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ให้คำแนะนำการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวว่าควรดำเนินชีวิตตามปกติที่เคยปฏิบัติ ไม่ควรพูดถึงเรื่องผีปอบหรือการพิสูจน์ เพราะจะทำให้เป็นเรื่องราวขึ้นมาได้อีก ให้เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาสจะทำให้จิตใจสบายขึ้น และเป็นการพิสูจน์ตนเองได้อีกทางหนึ่งว่าตนเองและครอบครัวสามารถประกอบพิธีกรรมต่างๆ ในวัดได้โดยไม่เป็นอะไร - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สกลนคร เพื่อจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยและน้องสาวของผู้ป่วย เนื่องจากเครียดมากนอนไม่หลับ - รับฟังและแสดงความเห็นใจคนในชุมชน - ให้ข้อมูลเรื่องผีปอบ เน้นการให้อภัย และให้โอกาสผู้ป่วยพิสูจน์ตนเอง	- ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกดีใจที่มีคนเข้าใจ - ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจคำแนะนำและจะปฏิบัติตาม - เจ้าหน้าที่ รพ.สกลนครรับจะดำเนินการต่อไป - ชุมชนยังรู้สึกกลัวและเกลียดผู้ป่วยเหมือนเดิม - ทุกคนตกลงร่วมกันจะไม่มีการพิสูจน์ แต่จะให้เวลาผู้ป่วยพิสูจน์ตนเอง

ปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	การรักษาและการช่วยเหลือ ทางจิตสังคม	การประเมินผล
- ชุมชนและสื่อมวลชน ต้องการให้มีการพิสูจน์ข้อเท็จจริงว่าผู้ป่วยเป็นปอบจริงหรือไม่ โดยให้หาหมอผีมาพิสูจน์ต่อหน้าสาธารณชนในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่	- ร่วมปรึกษา และให้ข้อมูลแก่พระภิกษุ ผู้นำชุมชน สื่อมวลชน ว่าการพิสูจน์เรื่องปอบจะให้ผลดี ผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างไร ไม่ว่าผลการพิสูจน์จะออกมาเช่นไรผลเสียก็จะตกอยู่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเช่นเดิม ถ้าผลพิสูจน์พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปอบจะยิ่งลำบากมากขึ้น ถ้าผลพิสูจน์ออกมาว่าไม่เป็นชุมชนก็ไม่เชื่อเช่นเดิม ความคิดความเชื่อก็จะยังเหมือนเดิมไม่สามารถลบล้างความเชื่อได้ ทางที่ดีให้โอกาสผู้ป่วยพิสูจน์ตนเองโดยต้องใช้เวลา และให้ผู้ป่วยเข้าวัดทำบุญบ่อยๆ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้พบเห็นด้วยตนเอง	- ทุกคนตกลงร่วมกันว่าจะไม่มีการพิสูจน์ แต่จะให้เวลาผู้ป่วยพิสูจน์ตนเอง - ส่งต่อให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดูแลทางด้าน สังคม จิตใจของผู้ป่วยต่อไป - วางแผนติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป ในเดือนตุลาคม 2545

ตัวอย่างที่ 3 การเขียนรายงาน กรณีมีจดหมายจากผู้ป่วยซึ่งเคยมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ส่งมาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย โดยขอยานอนหลับจากทางโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกจึงประสานงานกับโซนขอนแก่น ให้ติดต่อกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในอำเภอภูเวียง ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ให้ช่วยเหลือดูแลรักษาที่สถานื่อนามัยใกล้บ้าน จากผลการประสานงาน พบว่าเครือข่ายในพื้นที่สามารถดำเนินงานได้เรียบร้อย ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตโซนจังหวัดจึงไม่ได้จัดทีมออกติดตามเยี่ยม

การประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินงานต่อในพื้นที่

วันที่ 25 เดือน กันยายน พ.ศ. 2545

จังหวัด ขอนแก่น เลขที่รับเรื่อง 19/45

ชื่อผู้รับเรื่องการประสานงาน

1. นายคำพอง ไชยชิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 5 สถานที่ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง โทรศัพท์ 0-9421-3091
2. นายสุฤษดิ์ แสนเรียน ตำแหน่ง หัวหน้าสถานื่อนามัย ทุ่งขมพู สถานที่ปฏิบัติงาน สถานื่อนามัย ทุ่งขมพู โทรศัพท์ 0-9711-2630

เรื่อง นาย ก ส่งจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ว่ามีความคิดฆ่าตัวตายโดยขอยานอนหลับจากทางโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกจึงประสานงานโซนจังหวัดขอนแก่น เพื่อติดต่อกับเครือข่ายในอำเภอภูเวียง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

ผลการประสานงาน

1. วัตถุประสงค์ในการประสานงาน

การประสานงานครั้งที่ 1 วันที่ 25 กันยายน 2545 โดยติดต่อกับนายคำพอง ไชยชิน เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยทุ่งขมพู ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

การประสานงานครั้งที่ 2 วันที่ 27 กันยายน 2545 โดยติดต่อกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทั้งหมายเลขที่ 1 และหมายเลขที่ 2 เพื่อประเมินผลการช่วยเหลือ

2. ปัญหา อาการและการช่วยเหลือ

จากการประสานงานทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีบ้านติดกับสถานื่อนามัยและจะมาหาเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยในช่วงนี้บ่อยครั้ง ด้วยอาการหงุดหงิด น้อยใจที่แม่ป่นด่า และอยากมีภรรยา จากการประเมินแนวคิดฆ่าตัวตาย ปัจจุบันไม่มีแล้ว มีหิวแหว่นานๆ ครั้ง เป็นเสียงพูดคุยกับตนเอง เนื้อหาเปลี่ยนไปตามความคิดที่ตนเองสั่ง

การช่วยเหลือที่สถานีนอนมายให้ ให้ยา Diazepam 2 mg 1 เม็ด เข้า-เย็น และให้การปรึกษาผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ปัจจุบันผู้ป่วยรับยาอยู่ที่โรงพยาบาลกุเวียง

3. คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1. ประเมินอาการ และความคิดฆ่าตัวตายและให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ
2. ให้กำลังใจ ถึงศักยภาพของผู้ป่วยและสิ่งเหนี่ยวรั้ง จิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีเป้าหมายในการดำรงชีวิต
3. ให้อาติผู้ป่วยดูแลเก็บยาและเป็นผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วยตลอดจนเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่อาจทำร้ายตนเองได้ และไม่ควรตำหนิหรือซ้ำเติมผู้ป่วย
4. หากเกินความสามารถผู้ป่วยยังมีแนวความคิดฆ่าตัวตาย ให้ส่งต่อโรงพยาบาลกุเวียง หรือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และสามารถโทรศัพท์ปรึกษาการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้ตลอด

หมายเหตุ ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ผู้ป่วยเคยมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ไม่เคยเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น Diagnosis Schizophrenia รับยาครั้งสุดท้าย วันที่ 29 สิงหาคม 2544 ได้ยา Halo (5) I tab เย็น Benz (2) I tab เย็น Diazepam (5) I tab เย็น

ผู้ประสานงาน

นางวัชนิ	หัตถพนม	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7
นางสิวลี	เปาโรหิตย์	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7

ตัวอย่างที่ 4 ในกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตในชุมชนเช่นอุพาทันหมู่ ฝึบอบ ภัยพิบัติต่างๆ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจะดำเนินการโดยการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ให้ดำเนินการแก้ไข ปัญหาเบื้องต้น และให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำให้เครือข่ายดำเนินการในเบื้องต้นก่อน ถ้าเป็นปัญหาซับซ้อนมากหรือเครือข่ายต้องการความช่วยเหลือ เครือข่ายระดับเขตจะวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

สำหรับตัวอย่างที่น่าเสนอต่อไปนี้คือการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตในชุมชนคือผู้ประสบ อุทกภัย ซึ่งสรุปรายงานสถานการณ์และการช่วยเหลือตามแบบฟอร์มที่กรมสุขภาพจิตกำหนด ดังนี้

แบบรายงานสถานการณ์และการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบสาธารณภัยและอุบัติเหตุ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 6

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

วันที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2545

พื้นที่ดำเนินการ ม. 7 บ.กลางน้อย ต.บ้านวัง อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย

- ประสบภัย	136 ราย
- มีผู้เสียชีวิต	- ราย
- ผู้ป่วยทางกาย	80 ราย
- ผู้ป่วยทางจิต	56 ราย

การให้ความช่วยเหลือ

1. รักษาทางกาย	80 ราย
2. รักษาทางจิต	56 ราย
กลุ่มอาการ เครียดวิตกกังวล	25 ราย
ซึมเศร้า	24 ราย
สุขภาพจิตอื่นๆ	7 ราย (ระบุ)
3. การสนับสนุนสิ่งยังชีพ (อาหารแห้ง น้ำดื่ม ฯลฯ)	136 ราย
4. การเฝ้าระวังติดตามดูแลและส่งต่อ	24 ราย

งบประมาณที่ใช้

ค่าเวชภัณฑ์และอื่นๆ 13,496 บาท

ผู้รายงาน นายทวี ตั้งเสรี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

Unit 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน เป็นการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม โดยการผสมผสานงานระหว่างการให้บริการรักษาต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นลงไปสู่การบริการสุขภาพจิตที่บ้าน (Home Health Care) ตลอดจนให้การดูแลความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีความปกติสุขภายในครอบครัว โดยมีความคาดหวังให้เกิดการกระตุ้นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น และเกิดการพึ่งพากันเองภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับชุมชน

ในสถานการณ์ปัจจุบัน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน มีความสำคัญเด่นชัดมากขึ้น เนื่องจากมีนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุขไปสู่ “การสร้างสุขภาพ” มิใช่แต่เพียง “การซ่อมสุขภาพ” ดังเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต ด้วยเหตุนี้การให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นในปัจจุบัน จึงเป็นการดำเนินงานเชิงรุกซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นานที่สุด ภายใต้การช่วยเหลือ บำบัด รักษา ของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ

วัตถุประสงค์ ของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อค้นหาปัญหาของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพหรืออาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้
3. เพื่อติดตามผลรักษา หรือติดตามผู้ป่วยขาดนัด ตลอดจนติดตามประเมินผลการเยี่ยมครั้งก่อน
4. เพื่อหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในพื้นที่เขต 6 จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี สกลนคร กาฬสินธุ์ และหนองคาย

คณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน จะประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพคือ

พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบกับภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยแพทย์

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน คณะเจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยมจะต้องรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม โดยมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนเราควรให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวควบคู่กันไปเสมอ เพราะปัญหาที่เรามองเห็น อาจไม่ใช่เรื่อง que ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการแก้ไข ขั้นตอนในการประเมินปัญหามีดังนี้

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

สามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งก่อนเยี่ยม และขณะเยี่ยม การรวบรวมข้อมูลก่อนเยี่ยมได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย หรือ OPD card หรือการสอบถามเจ้าหน้าที่ที่เคยดูแลผู้ป่วยมาก่อน ส่วนการรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยม ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว จึงจะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ควรระลึกเสมอว่าต้องไม่พะวงที่จะเก็บข้อมูลมากเกินไป จนลืมนึกถึงการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ข้อมูลที่ต้องรวบรวมนั้นควรประกอบด้วย รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภูมิหลังของครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทั้งฝ่ายภายในและฝ่ายจิต ตลอดจนการดูแลสุขภาพสุขภาพของผู้ป่วย สภาพบ้าน สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบ้าน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน หากต้องการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ควรขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัวก่อน หากไม่อนุญาตก็ไม่ควรบันทึก

1.2 การสรุปปัญหาตามความต้องการของครอบครัว สามารถทำได้ใน 2 ทิศทาง คือ

1.2.1 กรณีทราบปัญหาแล้ว ให้ใช้ปัญหาเป็นแนวทางในการประเมินความรุนแรงและผลกระทบของปัญหานั้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้ปัญหาที่ค้นพบแล้วเชื่อมโยงค้นหาปัญหาอื่นๆ ต่อไปได้

1.2.2 กรณีข้อมูลไม่เพียงพอในการสรุปปัญหา ให้เริ่มเก็บข้อมูลเบื้องต้นใหม่

1.3 การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว

เมื่อได้ปัญหาแล้ว นำปัญหามาสรุป และให้การวินิจฉัยปัญหาตามสภาพความเป็นจริงที่พบในขณะทำการติดตามเยี่ยม โดยต้องครอบคลุมปัญหาที่พบในทุกด้าน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว

ก่อนวางแผนเพื่อให้บริการนั้น เราต้องพิจารณาปัญหาที่เร่งด่วนของครอบครัวก่อน เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และแก้ไขปัญหามีความสำคัญมากที่สุดก่อนตามลำดับ โดยพิจารณาจัดลำดับจากความสนใจของผู้ป่วยและครอบครัว ความรุนแรงของปัญหา และความสามารถในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนประกอบของการวางแผนมี 2 ประการ คือ

1. เป้าหมายที่ต้องการ

1.1 เป้าหมายระยะสั้น ซึ่งมุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ยอมรับปัญหา และเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.2 เป้าหมายระยะยาว เป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด คือการที่ครอบครัวมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่ความสามารถของครอบครัวนั้นๆ จะอำนวยได้

การกำหนดเป้าหมายเป็นการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผล คือเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในระดับที่เป็นไปได้ และควรบ่งชี้ถึงคุณภาพของบริการด้วย ไม่ควรตั้งเกณฑ์สูงเกินไปจนไม่สามารถทำได้จริง จึงต้องมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ทุกคนได้เลือกสิ่งที่คิดว่าเขาพอใจที่สุด ดีที่สุดและยินดีปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงว่าคณะติดตามเยี่ยมเคารพสิทธิของครอบครัวด้วย วิธีที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องของตนเอง โดยคณะติดตามเยี่ยมเป็นผู้เสนอข้อเท็จจริง และแนะแนวทางการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเท่านั้น

2. การกำหนดแนวทางปฏิบัติ

ควรหาแนวทางไว้หลายๆ ทางเลือก แล้วเลือกวิธีที่คิดว่ามีประสิทธิภาพที่สุดคือ ประหยัดทรัพยากรแต่ได้ผลดีที่สุด โดยครอบครัวควรเป็นผู้เลือกเอง และคณะติดตามเยี่ยมพยายามเสริมในสิ่งที่เขาทำเองไม่ได้ อำนวยความสะดวกเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งจะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือกันเองได้ ตลอดจนวางแผนให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยและผู้นำชุมชน มามีส่วนร่วมในการดูแล รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน

การปฏิบัติตามแผน ก็คือการเยี่ยมบ้าน และมีกิจกรรมระหว่างการเยี่ยม ก่อนออกเยี่ยมคณะติดตามเยี่ยมบ้านควรเตรียมตัวให้พร้อมทั้งในด้านข้อมูล และอุปกรณ์การเยี่ยม กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมในแต่ละครั้งให้ชัดเจน สิ่งที่เขาได้คือ แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน เพราะมีประวัติข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัวประกอบการศึกษา ทำความเข้าใจขณะติดตามเยี่ยม

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน (F-AS-004) เพื่อจัดบันทึก
ขณะติดตามเยี่ยม กล้องถ่ายรูป

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

1. ก่อนออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว

- 1.1 กำหนดทีมที่จะเป็นผู้เยี่ยม
- 1.2 ศึกษาข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง และกำหนดกิจกรรมเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์
- 1.4 เตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องนำไปด้วยในการเยี่ยมบ้าน
- 1.5 ยืนยันวันและเวลาเยี่ยมบ้านกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ให้ทราบล่วงหน้า

2. ขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว

- 2.1 ปฏิบัติตนในฐานะแขกของครอบครัว แนะนำตนเองและสถานที่ทำงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ใน

การเยี่ยม

- 2.2 เคารพกฎ ระเบียบ วัฒนธรรมประเพณีของครอบครัวและชุมชน
- 2.3 ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการเยี่ยมที่กำหนดไว้แล้ว
- 2.4 ขณะสัมภาษณ์ อาจจัดบันทึกสั้นๆ เพื่อกันลืม ควรแจ้งสมาชิกในครอบครัวทุกครั้งว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นความลับ และหากต้องถ่ายรูป ควรขออนุญาตผู้ป่วยและญาติก่อนทุกครั้ง
- 2.5 ใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ให้นานจนเกินไป แต่ไม่ควรต่ำกว่า 1 ชั่วโมง

3. หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

- 3.1 บันทึกรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดตามแบบฟอร์มที่กำหนด (สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ สามารถใช้แบบฟอร์มรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการบันทึกผลการติดตามเยี่ยมได้ ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่ง่ายและสะดวกในการปฏิบัติงานจริง และร่วมกันจัดทำโดยเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งอยู่ในภาคผนวกหน้า 132)

- 3.2 คณะติดตามเยี่ยมมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรึกษากันภายในทีม เพื่อประเมินผลการเยี่ยมในครั้งนี้

- 3.3 กำหนดแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหาก็ได้ดำเนินการไป

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การติดตามผลที่เกิดจากการให้บริการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผน เราอาจใช้วิธีการสังเกต

พฤติกรรมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว และสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติและความรู้ นอกจากนี้ ยังต้องมีการประเมินคณะติดตามเยี่ยมด้วยว่า สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้หรือไม่ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงานเป็นทีมอย่างไร

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนมีประโยชน์มากมายในการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน แต่อาจมีข้อจำกัดอยู่บ้างในแง่ของเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเคยชินที่จะรอรับบริการโดยไม่คำนึงถึง การออกไปแสวงหาบริการทางสาธารณสุขนอกบ้านเมื่อจำเป็น หรือไม่สนใจใฝ่หาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ ของตนเอง เพราะคิดว่ามีผู้รับผิดชอบประจำอยู่แล้ว เรื่องนี้เป็นเรื่องที่คณะติดตามเยี่ยมจะต้องแก้ไขโดย การให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรภายในครอบครัวและชุมชนด้วย ส่วนใน เรื่องของเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ควรมีการจัดระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาที่ไป เยี่ยมแล้วไม่พบสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในฐานะเครือข่ายระดับเขต อาจติดตามเยี่ยมได้ในระยะสั้น เมื่อปัญหาซับซ้อนที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขในระดับหนึ่งแล้ว เครือข่ายผู้ปฏิบัติ งานสุขภาพจิตในพื้นที่ และผู้นำชุมชนมั่นใจในการดูแล ก็สามารถส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับเครือข่ายใน พื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

เนื้อหาต่างๆ ที่มีอยู่ในรายงานฉบับนี้ เขียนขึ้นจากประสบการณ์การทำงานของคุณะผู้จัดทำที่ได้ ดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเท่านั้น ซึ่งผู้ที่มีความสนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

คู่มือบริการสุขภาพจิตชุมชน : การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อเป็น แนวทางให้ทีมติดตามเยี่ยมนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน เนื้อหาได้กล่าวถึงหลักการกว้างๆ ในการติดตามเยี่ยม แต่ ในทางปฏิบัติ อาจมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน การแก้ปัญหาอาจมีความแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ขึ้นกับปัจจัยเกื้อหนุนหลายอย่าง เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของ ครอบครัว ทัศนคติ ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ระยะทางการเดินทาง ตลอดจนแหล่งสนับสนุน ทางด้านสังคมต่างๆ จะมีผลต่อการตัดสินใจว่าควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจะเป็นไปในทิศทางใด ดังนั้นการ ให้ความช่วยเหลือควรมีการคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ให้มาก โดยมีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง (Client Center) วิธีการที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับทีมติดตามเยี่ยม คือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยจิตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่อาจ จะไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ อาจเนื่องมาจากฐานะของครอบครัวยากจน ระยะทางไกล การ

เดินทางลำบาก การนำผู้ป่วยมารับการรักษาแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เฉลี่ยประมาณ 1,000 - 2,000 บาท/ครั้ง ในการจ้างเหมารถยนต์ เงินจำนวนนี้สำหรับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งส่วนมากมีฐานะยากจน อาจหมายถึงรายได้ตลอดเดือน หรือตลอดปีก็เป็นได้ ดังนั้นการนำส่งแต่ละครั้งจำเป็นต้องกู้ยืมเงินจากผู้อื่น ทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวและเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เพราะฉะนั้นในการให้ความช่วยเหลือต้องประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและญาติด้วย เน้นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายมีความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ ประหยัดค่าใช้จ่าย และเป็นวิธีการที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ

เพื่อให้การติดตามเยี่ยมบรรลุลักษณะวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติที่ติดตามเยี่ยม ควรมีความคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้คือ

1. ผู้ป่วย

ธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตโดยส่วนมากจะไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง หรืออาจจะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและแบบแผนการรักษา เป็นสาเหตุใหญ่อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ประกอบกับการรักษาต้องใช้เวลาาน และยารักษาโรคจิตมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์หลายอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา จึงหยุดยาเอง ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง อาการกำเริบซ้ำได้บ่อยๆ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง และร่วมมือในการรักษา เป็นความสำคัญอันดับแรกที่ต้องปฏิบัติ เพราะเมื่อผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน ผลดีอื่นๆ ก็จะตามมา ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวมักพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาว่าจะช่วยรักษาอาการต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน ควบคุมตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีปัญหาดื่มเหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ เป็นประจำ ก็พบว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ

2. ญาติ / ผู้ดูแล

อำนาจในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา หรือการตัดสินใจล่ามขังผู้ป่วย ญาติจะเป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจในส่วนนี้ ดังนั้นในแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา จะต้องคำนึงถึงญาติให้มาก การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่แรกระหว่างญาติและทีมติดตามเยี่ยม จะเป็นบันไดขั้นแรกที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในกระบวนการให้ความช่วยเหลือ การแสดงความเข้าใจ เห็นใจต่อญาติในความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การแสดงให้เห็นว่าทีมติดตามเยี่ยมต้องการให้ความช่วยเหลือโดยจริงใจ จะทำให้ญาติมี

ความรู้สึกอบอุ่น เกิดความเป็นพวกพ้องเดียวกัน หลีกเลี่ยงคำพูดเชิงตำหนิ หรือคำพูดที่ทำให้ญาติมีความรู้สึกผิดกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีตที่ผ่านมาพยายามชี้ให้เห็นถึงผลดีของการรักษา ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนตลอดจนการแนะนำถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในเวลาเกิดปัญหา ให้เกิดความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพังคนเดียว ซึ่งอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตสำหรับญาติตามมา ทีมติดตามเยี่ยมควรมีการแนะนำให้ญาติดูแลสุขภาพจิตของตนเองควบคู่ไปด้วย

3. ชุมชน / ผู้นำชุมชน

ในบางครั้งชุมชนก็มีผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้ ชุมชนที่ขาดความเอื้ออาทรต่อกัน ต่างคนต่างอยู่ ตำหนิติเตียนญาติให้เกิดความรู้สึกผิดว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดี แสดงความรังเกียจ ล้อเลียนผู้ป่วย เหล่านี้จะเป็นการสร้างเสริมความเครียดให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้เพิ่มมากขึ้นจากเดิม ดังนั้นในการออกติดตามเยี่ยมเพื่อเตรียมครอบครัว ทีมติดตามเยี่ยมจะต้องเตรียมชุมชนพร้อมไปด้วย ให้ชุมชนเกิดความตระหนักว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นปัญหาของส่วนรวมที่ต้องช่วยเหลือกันดูแล เพราะหากชุมชนขาดความสนใจ เมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ก็สามารถที่จะสร้างความเดือดร้อนให้คนในชุมชนได้เช่นกัน

4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม

โดยส่วนมากแล้วครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตจะมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน ทำให้ศักยภาพในการดูแลตนเองต่ำตามไปด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ ไม่ว่าจะเป็นสถานีนานามัย อบต. วัด ตลอดจนหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนอื่นๆ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น การประสานงานกับแหล่งที่สามารถจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้โดยทีมติดตามเยี่ยม จะเป็นสิ่งที่ช่วยอำนวยความสะดวกได้มากขึ้นกว่าการให้ความช่วยเหลือเพียงลำพัง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบพอสมควรในการติดตามเยี่ยม ต้องมีการประสานงานที่ดี มีการประเมินปัญหาและมีความคิดที่ฉับไวในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้น คงไม่ใช่เรื่องยากเกินไปหากมีจิตใจมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ มีความศรัทธาในงานที่ทำ มีความเอื้ออาทร เสียสละ มีความเห็นใจต่อผู้อื่น ซึ่งผลสำเร็จของงานที่ตามมาคือสิ่งทั้งดงาม การได้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความด้อยโอกาสในสังคม ได้กลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในระดับหนึ่ง เปลี่ยนน้ำตาแห่งความเศร้าโศกเสียใจ ให้หลังออกมาด้วยความปิติยินดี จะเป็นความภาคภูมิใจ ความสุขใจที่มีอาจจะบรรยายได้ เป็นความสุขที่หาแลกซื้อไม่ได้ด้วยเงินตรา และไม่ใช่ว่าทุกวิชาชีพจะสามารถสัมผัสได้ นอกจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2538 .

_____ . คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2541.

_____ . หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2542.

เกษม ดันติผลาชีวะ. โรคจิตเภท. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ, อัมพร โอตระกูล, นงพงา ลัมสุวรรณ และ อัมพล สุอัมพันธ์ บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 331-347.

_____ . โรคจิตโรคประสาท. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บูคแบงค์, 2541.

จินตนา ลีละไกรวรรณ. โรคจิตเภทคู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท, 2542.

จวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด, 2541.

ธีระ สีสานันทกิจ, พัทรินทร์ วนิชานนท์, ธนา นิลชัยโกวิทย์, ดารณศ เกษโลว, ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.แอล. ฮิว. จำกัด, 2539.

นงพงา ลัมสุวรรณ. จิตเวชฉุกเฉิน. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 1015.

ประดิษฐ์ ดันสุรัตน์. โรคจิตในสังคมปัจจุบัน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มัลย์, 2538.

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสารจำกัด, 2539.

มานิช หล่อตระกูล และ สเปญ อุ๋นอณรงค์. การรักษาด้านจิตใจ. ใน : มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.

ยาใจ สิทธิมงคล. ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่เจ็บป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2538, :13 (1) : 19 - 26.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. แผนการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2546. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2545.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิตเขต 6. รายงานประจำปี 2545. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2546.

รุจา ภูโพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินติ้ง, 2541.

- วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์, พันธุ์ศักดิ์ วราอัศวปติ, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น : ศิริภักษ์ออฟเซ็ท, 2536.
- ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537.
- สมสกุล สุภัทรพันธ์, นุชจรินทร์ โมระเสรี และศศิธร เดชะโกศยะ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล, วัณนี หัตถพนม, ภัสรา เขมรัฐโชติศักดิ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2543.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินต์ติ้ง, 2541.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- Anita W, Finkelman. Psychiatric home care. Maryland : An Aspen Publishers, Inc, 1997.
- Kaplan and Sadock. Comprehensive textbook of psychiatry/Vol. 6th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Kaplan and Sadock's. Synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th ed. New York : Williams & Wilkins, 1997.
- Karno.M., Norquist. G. Schizophrenia. In : Kaplan and Sadock eds. Comprehensive textbook of psychiatry/Vol. 6th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Keating, S.B. & Kelman , G.B. Home health care nursing concept and practice. Philadelphia : J. B. Lippincott Comp, 1988.
- Michael D.J., Rajiv.T., Thomas. P.O. Psychosis and schizophrenia. In : David J.K., Michelle B.R., Thomas L.S. eds. Primary care psychiatry. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1997.
- Nancy C.A. and Donald W.E. : Introductory textbook of psychiatry. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1991.
- Rovinski, C.A. & Zanstockl, D.K. Home care : a technical manual for the professional nurse. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1989.
- Stuart G.W. and Larara M.T. Stuart & Sundeen's principles and practice of psychiatric nursing. 6th ed. St.Louis : Mosby, Inc, 1998.

הכשרות

เลขที่รับเรื่อง.....

แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....รับไว้ครั้งที่.....ตึก.....

อายุ.....ปี เพศ.....สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....

อาชีพ.....H.N.....A.N.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

อาการสำคัญ.....

วันที่เข้ารับการรักษา.....วันที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย.....

การวินิจฉัยโรค.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ (ยกเว้น HIV ไม่ต้องลง).....

ยาที่แพทย์ให้การรักษานี้ผู้ป่วยในปัจจุบัน.....

แผนที่บ้านผู้ป่วยโดยสังเขป

ส่วนที่ 3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน (ก่อนออกติดตามเยี่ยม)

1. ชื่อผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม.....
2. ทีมที่ติดตามเยี่ยม.....

3. วัน เดือน ปี ที่ติดตามเยี่ยม.....

4. ปัญหาที่ติดตามเยี่ยม

☐ 1. Readmit ภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

☐ 2. Admit ครั้งที่ 10 ขึ้นไป

☐ 3. ญาติไม่ยอมรับกลับและมีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

☐ 4. ผู้ป่วยมีประวัติล้ามยัง

☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

5.1 วัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม

☐ 1. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

☐ 2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้

☐ 3. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย

☐ 4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามศักยภาพของครอบครัวและชุมชน

☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....

5.2 เกณฑ์การประเมินผลเพื่อยุติการเยี่ยม

☐ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

☐ มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๒. หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่

เดือน พ.ศ.

ปัญหาที่ติดตามเยี่ยม P1 = กลับมารักษาซ้ำใน 3 เดือน P2 = Readmit 10 ครั้งขึ้นไป P3 = ลำไส้พัง P4 = ปัญหาครอบครัว P5 = อื่น ๆ (ระบุ)

รหัสเอกสาร F-AS-002 / R:02 ประกาศใช้ วันที่ 16/9/45



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ที่ รพจ 08/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ข้าราชการเดินทางไปราชการเพื่อ.....

ดังมีรายนามต่อไปนี้

- 1.....ตำแหน่ง.....
- 2.....ตำแหน่ง.....
- 3.....ตำแหน่ง.....
- 4.....ตำแหน่ง.....
- 5.....ตำแหน่ง.....
- 6.....ตำแหน่ง.....
- 7.....ตำแหน่ง.....
- 8.....ตำแหน่ง.....
- 9.....ตำแหน่ง.....
- 10.....ตำแหน่ง.....
- 11.....ตำแหน่ง.....
- 12.....ตำแหน่ง.....
- 13.....ตำแหน่ง.....

โดยออกเดินทางในวันที่.....และเดินทางกลับในวันที่.....

ด้วยรถยนต์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หมายเลขทะเบียน.....

พร้อมพนักงานขับรถยนต์ คือ.....

ทั้งนี้โดยไม่ถือเป็นวันลาและสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้ตามระเบียบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

()

พยาบาลวิชาชีพ

ผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน ครั้งที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....อาชีพ.....

ภูมิลำเนา.....

วันที่ติดตามเยี่ยม.....เยี่ยมตามเลขที่รับเรื่อง.....

เวลาในการติดตามเยี่ยม.....น. ถึง.....น.

คณะติดตามเยี่ยม

1.....หน่วยงาน.....

2.....หน่วยงาน.....

3.....หน่วยงาน.....

4.....หน่วยงาน.....

5.....หน่วยงาน.....

6.....หน่วยงาน.....

7.....หน่วยงาน.....

8.....หน่วยงาน.....

9.....หน่วยงาน.....

10.....หน่วยงาน.....

สาเหตุการติดตามเยี่ยม

- ☐ 1. ผู้ป่วยมีประวัติล้มซ้ำ
- ☐ 2. ผู้ป่วย Readmit ใน 3 เดือน
- ☐ 3. ผู้ป่วย Admit มากกว่าครั้งที่ 10 ขึ้นไป
- ☐ 4. ผู้ป่วยมีปัญหาคอขวด ญาติไม่ยอมรับกลับ มีแนวโน้มว่าจะทอดทิ้งผู้ป่วย
- ☐ 5. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
- ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

วัตถุประสงค์การติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพที่มีอยู่
- ☐ 2. เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
- ☐ 3. เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน
- ☐ 4. เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา
- ☐ 5. เพื่อป้องกันการกลับไปล้าหลังผู้ป่วยซ้ำ
- ☐ 6. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 3 เดือน
- ☐ 7. เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- ☐ 8. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับญาติให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ☐ 9. เพื่อสนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ☐ 10. เพื่อเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
- ☐ 11. อื่น ๆ (ระบุ).....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พบขณะติดตามเยี่ยม

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....

จำนวนผู้นำชุมชนที่พบขณะติดตามเยี่ยม

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....

ลักษณะสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม.....

.....

ประวัติครอบครัว

ประวัติทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัว

1. บุคลิกลักษณะของผู้ป่วย

2. พัฒนาการของชีวิตในแต่ละวัย (ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต)

3. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม

.....

.....

.....

2. การรับประทานยาและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาขณะอยู่ที่บ้าน

.....

.....

.....

3. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม

.....

.....

.....

4. การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย (กรณีครั้งแรกเป็นการประเมินผู้ป่วยตามข้อ 4.1 - 4.5 ครั้งที่ 2 ของการติดตามเยี่ยมเป็นต้นไป เป็นการประเมินความก้าวหน้า)

4.1 กิจวัตรประจำวัน

.....

.....

.....

.....

4.2 การประกอบอาชีพ

.....

.....

.....

.....

4.3 การสื่อสาร

4.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว

4.5 ความสัมพันธ์ในชุมชน

5. การประเมินปัญหา

5.1 ผู้ป่วย

5.2 ญาติ

5.3 ชุมชน

5.4 อื่น ๆ (ระบุ)

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

1. ชื่อผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม.....
2. ที่อยู่ผู้ป่วย.....
3. ทีมที่ติดตามเยี่ยม.....
.....
.....
4. วัน เดือน ปี ที่ติดตามเยี่ยม.....
5. ปัญหาที่ติดตามเยี่ยม
 - ☐ 1. ผู้ป่วยถูกล่าม้าง
 - ☐ 2. ถูกกล่าวหาตามความเชื่อในชุมชน เช่น ผีปอบ
 - ☐ 3. อุปทานหมู่
 - ☐ 4. พฤติกรรมรุนแรง/ภาวะวิกฤตต่างๆ ในชุมชน เช่น อุบัติภัยธรรมชาติ ข่าวดังหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ ฯลฯ
 - ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....
6. การวางแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน
 - 6.1 วัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม
 - ☐ 1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของครอบครัวและชุมชน
 - ☐ 2. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้
 - ☐ 3. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย
 - ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
 - 6.2 เกณฑ์การประเมินผลเพื่อยุติการเยี่ยม
 - ☐ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้
 - ☐ 2. มีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตสามารถดูแลและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัวได้
 - ☐ 3. อื่นๆ (ระบุ).....

แบบฟอร์มการเขียนโครงการ

1. ชื่อโครงการ
 2. เจ้าของโครงการ
 3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 4. หลักการและเหตุผล
 5. วัตถุประสงค์
 6. เป้าหมาย (ของการจัดโครงการ จำนวนคนที่เข้าอบรมในโครงการ)
 7. ระยะเวลาดำเนินการ
 8. วิธีดำเนินการ
 9. งบประมาณ
 10. วิธีการประเมินผล
 11. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
 12. ผู้เสนอโครงการ
 13. ผู้อนุมัติโครงการ
-

การประสานงานให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินงานต่อในพื้นที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จังหวัด.....เลขที่รับเรื่อง.....

ชื่อผู้รับเรื่องการประสานงาน.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เรื่อง.....

ผลการประสานงาน.....

ผู้ประสานงาน.....ตำแหน่ง.....

4.2 คลินิกบริการสุขภาพจิต

คลินิกบริการ	การบริการ	ถ้ามีบริการ	ถ้ามีบริการ	วันที่ให้บริการ	มี จน.รับผิดชอบคลินิก	มีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยเดือนละ	โรคหรือปัญหาที่พบมารับบริการ 3 อันดับแรก	ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
1. สุขภาพจิตและจิตเวช	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	1..... 2..... 3.....			
2. คลายเครียด	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	1..... 2..... 3.....			
3. ให้การรักษา	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	1..... 2..... 3.....			
4. ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	1..... 2..... 3.....			
5. ยาเสพติด	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	ประเภทของยาเสพติด 1..... 2.....			
6. คลินิกอื่น ๆ.....	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	1..... 2..... 3.....			

คลินิกบริการ	การบริการ	ถ้ามีบริการ	วันที่ให้บริการ	มี จนท. รับผิดชอบ คลินิก	มีผู้ป่วยมารับ บริการเฉลี่ย เดือนละ	โรคหรือปัญหาที่มารับ บริการ 3 อันดับแรก	ปัญหาอุปสรรคใน การดำเนินงาน
7. คลินิกสุขภาพจิต อื่นๆ เปิดให้บริการ ในงบประมาณ 2546 (ระบุ).....	☐ มี ☐ ไม่มี	☐ มีคลินิกเฉพาะ ☐ รวมกับคลินิกอื่น	☐ ทุกวัน ☐ เฉพาะวัน (ระบุ).....	คน	คน	1..... 2..... 3.....	

4.3 งานรณรงค์สุขภาพจิต

1. สัปดาห์สุขภาพจิต 1 - 7 พฤศจิกายน

☐ 1. ไม่ได้จัดกิจกรรม

☐ 2. จัดกิจกรรม (ระบุ).....

2. วันผู้สูงอายุ

☐ 1. ไม่ได้จัดกิจกรรม

☐ 2. จัดกิจกรรม (ระบุ).....

3. งานรณรงค์สุขภาพจิต อื่น ๆ (ระบุ).....

4.4 งานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

(1) การค้นหาและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อนในชุมชน

ผลการดำเนิน

(1.1) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 1 ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2545

(1.2) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 2 ตั้งแต่เดือน มกราคม - มิถุนายน 2546

ก. โรคจิต.....ราย ติดตามเยี่ยม.....ราย

ข. ลมชัก.....ราย ติดตามเยี่ยม.....ราย

ค. ปัญญาอ่อน.....ราย ติดตามเยี่ยม.....ราย

(1.3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไข

(2) ในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบมีผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย

(2.1) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 1 ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2545

(2.2) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 2 ตั้งแต่เดือน มกราคม - มิถุนายน 2546

(2.3) ☐ การพยายามฆ่าตัวตาย (ไม่สำเร็จ).....ราย

(2.4) ☐ ฆ่าตัวตายสำเร็จ.....คน

(2.5) ปัญหาที่ทำให้ฆ่าตัวตายคือ (3 อันดับแรก)

1.....

2.....

3.....

(2.6) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

(3) การล้าหลังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

(3.1) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 1 ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2545

(3.2) ☐ การสำรวจ ครั้งที่ 2 ตั้งแต่เดือน มกราคม - มิถุนายน 2546

(3.3) มีผู้ป่วยจิตเวชถูกล้าหลังในชุมชนที่ท่านรับผิดชอบ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี จำนวน.....คน (ถ้ามีกรณาระบุชื่อผู้ป่วยพร้อมที่อยู่)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

(3.4) ท่านได้ดำเนินการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหรือไม่

(ถ้าดำเนินการ กรุณาระบุวิธีการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน)

.....

.....

.....

.....

(4) งานพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

ท่านหรือคนในหน่วยงานของท่านที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตต้องการความรู้ที่เกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเรื่องใดบ้าง

4.1.....

4.2.....

4.3.....

(5) ข้อเสนอแนะอื่นๆ (ระบุ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....ผู้ให้ข้อมูล

.....ตำแหน่ง

รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
2. เพศ.....สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....อาชีพ.....
3. ที่อยู่.....
4. ชื่อผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....
5. วันที่ติดตามเยี่ยม.....ครั้งที่.....การวินิจฉัยโรค.....
6. รายชื่อผู้ติดตามเยี่ยม.....
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....
 - 5.....
7. สาเหตุการติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ 1. ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่
 - ☐ 2. ผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง
 - ☐ 3. ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย
 - ☐ 4. ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจาก รพ.
 - ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....
8. วัตถุประสงค์การติดตามเยี่ยม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ 1. เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย
 - ☐ 2. เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน
 - ☐ 3. เพื่อป้องกันการกลับไปล่ามโซ่ผู้ป่วยซ้ำ
 - ☐ 4. เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว และอสม.ในพื้นที่
 - ☐ 5. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำกับญาติผู้ดูแล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย
 - ☐ 6. เพื่อสนับสนุนให้ญาติและผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเอง
 - ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ที่พบขณะติดตามเยี่ยม)

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวและการช่วยเหลือ

1. อาการปัจจุบันขณะติดตามเยี่ยม

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1.1 หงุดหงิดง่าย | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.2 ดุด่า ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.3 แยกตัวเอง | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.4 หูแว่ว ประสาทหลอน | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.5 หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.6 พุดบ่นคนเดียว | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.7 ไม่ยอมกินยา | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.8 ไม่ยอมกินอาหาร | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.9 ทำลายข้าวของ | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.10 นอนไม่หลับ | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 1.11 อาการอื่น ๆ (ระบุ)..... | | | |

2. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ยากิน / ยาฉีด)

.....

.....

.....

.....

3. การรับประทานยา

1. กินยาได้เองโดยญาติไม่ต้องบอก
2. กินยาได้แต่ต้องบอกหรือเตือน
3. ญาติต้องบังคับจึงยอมกินยา
4. ไม่ยอมกินยา
5. อื่นๆ (ระบุ).....

4. อาการข้างเคียงของยา

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 4.1 ตัวแข็ง | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.2 ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายไหล | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.3 มือสั่น ตัวสั่น | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.4 กระสับกระส่าย | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.5 ตาพร่า | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.6 น้ำหนักตัวเพิ่ม | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.7 ผิวน้ำลอก | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.8 ง่วงซึม เฉื่อยชา | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.9 วิงเวียน หน้ามืด | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.10 ตาเหลือกค้าง | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |
| 4.11 อาการอื่นๆ (ระบุ)..... | ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีเป็นบางวัน | ☐ มีเกือบทุกวัน |

5. ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆ

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 5.1 การรับประทานอาหาร | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.2 การทำความสะอาดร่างกาย | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.3 การแต่งกายด้วยตนเอง | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.4 การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะด้วยตนเอง | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.5 การออกกำลังกาย | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.6 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัว | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.7 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |
| 5.8 การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ | ☐ ทำไม่ได้ | ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ | ☐ ทำได้เอง |

5.9 อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ ทำไม่ได้ ☐ ทำได้แต่ต้องช่วยเหลือ ☐ ทำได้เอง

.....

.....

6. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม/แหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจในชุมชน (หมอดู หมอธรรม พระ วัด มูลนิธิ กองทุนต่าง ๆ การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเคยได้รับการช่วยเหลือ)

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ).....

7. การประเมินปัญหาจากการติดตามเยี่ยม

ผู้ป่วย.....

.....

.....

ญาติ.....

.....

.....

ชุมชน.....

.....

.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

.....

.....

8. การรักษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

.....

.....

ปัญหา อาการ พฤติกรรม และความต้องการ	การรักษาและการช่วยเหลือ ทางจิตสังคม	การประเมินผล

9. ปัญหาอุปสรรคในการติดตามเยี่ยม

.....

.....

.....

.....

()

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ที่ติดตามเยี่ยม