63

รายงานผลการพัฒนาแนวทางการให้บริการทางจิตวิทยา

สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

.....

1. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(CQI) เรื่อง : ผลการพัฒนาแนวทางการให้บริการทางจิตวิทยาสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ชื่อเจ้าของผลงาน/หน่วยงาน : นางกานดา ผาวงค์และคณะ กลุ่มงานจิตวิทยา

3. ความเป็นมา/เหตุผลของการพัฒนา/สาเหตุของปัญหา

จากกรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิต และแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ11 คือพัฒนาบริการสุขภาพจิตสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทาง และพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตสู่ความเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญทางวิชาการสุขภาพจิตระดับประเทศ และนานาชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมฯ ถูกกำหนดประเด็นความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้มีการพัฒนาหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปัจจุบัน

การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในช่วงปี 2550-2554 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.97,5.98,5.97 , 5.90 และ4.70 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายสำเร็จของบุคคลยังมีผลกระทบต่อคนในครอบครัว โดยเฉพาะหากผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นหัวหน้าครอบครัว ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจตามมา และมีผลต่อประชากรของชาติในอนาคตด้วย จากสถิติในปีงบประมาณ 2553 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 411 คน/ปี ผู้ป่วยในมีผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมารับบริการจำนวน 191 คน/ปี และพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล 8 ราย ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ2 ราย ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 0 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้รับบริการแบบผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้า 39 ราย มีความคิดทำร้ายตนเอง44 ราย ส่วนในปีงบประมาณ 2554 พบว่า มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล 15 รายพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 6 ราย

นักจิตวิทยาคลินิกมีบทบาทด้านการตรวจประเมินเพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนบำบัดช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จากการทบทวนผลการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG Suicide) พบว่านักจิตวิทยาคลินิกยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงแนวทางปฏิบัติทั้งในเรื่องการใช้แบบคัดกรอง การบันทึก การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ และการให้การบำบัดทางจิตวิทยา ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการไม่ครอบคลุม และขาดการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้นจึงพัฒนาแนวทางการให้บริการทางจิตวิทยาสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้นักจิตวิทยาคลินิกมีแนวทางในการให้บริการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการให้บริการที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการให้บริการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก
2. ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินและให้การบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหา

5. กระบวนการ/สรุปเนื้อหาการพัฒนา

1. ประชุมนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตาม CPG จัดทำแผนและประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการประชุมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตาม CPG-Sui

ด้านบุคลากร : ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงแนวทางปฏิบัติทั้งในเรื่องการใช้แบบคัดกรอง การบันทึก การสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ และการให้การบำบัดทางจิตวิทยา ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการไม่ครอบคลุม และขาดการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข : ได้จัดประชุมกลุ่มงานเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2554 เพื่อสื่อสารทีมงานเรื่องการดำเนินงานตาม CPG มอบหมายบทบาทหน้าที่แก่นักจิตวิทยาประจำตึกเป็น Case Manager มีหน้าที่ประเมิน คัดกรอง บำบัด และส่งต่อ case แก่ทีมนักจิตวิทยา มอบหมายให้

มีการติดตามผลการบำบัดต่อเนื่อง และสรุปผลการบำบัดเมื่อครบ 3 เดือนมีการสื่อสารการดำเนินงานกับสหวิชาชีพผ่านใบสื่อสารที่ใช้ร่วมกันของสหวิชาชีพ

ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และอาการหนัก ระเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อย ทำให้ไม่ได้รับการประเมินครอบคลุมทุกราย

แนวทางแก้ไข : ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกเพื่อให้ทีมพยาบาล และนักจิตวิทยาประจำตึกใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรอง ทำให้ประเมินได้ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถส่งต่อปัญหาแก่ทีมได้เพื่อการบำบัดต่อเนื่องได้ ถ้าไม่มาตามนัดให้ติดตามทางโทรศัพท์ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

2. ประชุมจัดทำแนวทางการให้บริการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับนักจิตวิทยาคลินิก ได้แนวทางดังนี้

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับนักจิตวิทยา

แผนกผู้ป่วยนอก

1. รับผู้ป่วยจาก 2 ช่องทาง คือ 1.1 แพทย์ส่งตรวจหรือบำบัดรักษาทางจิตวิทยา 1.2 พบผู้ป่วยจากการให้บริการทางจิตวิทยา

2. ให้บริการทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการและการร้องขอของแพทย์ ในกรณีที่นักจิตวิทยาค้นพบผู้รับบริการด้วยตนเองให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. สรุปในใบรายงานตัวผู้ป่วย แล้วนัดติดตามต่อเนื่อง แล้วส่งนัดหมายและหรือพบแพทย์สรุปผลการบำบัดในแบบสรุปของ CPG ในครั้งสุดท้ายที่ปิด Case

4. ลงทะเบียน

แผนกผู้ป่วยใน

1. นักจิตวิทยา Case manager ของ CPG SUICIDE เข้าไปร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยตาม CPG ซึ่งตึกเขียนสื่อสารไว้ที่บอร์ด

2. ประเมินตาม Inclusion criteria และ exclusion criteria เพื่อให้การบำบัดรักษาทางจิตวิทยา

เกณฑ์การส่งจิตบำบัด

Inclusion Criteria

1. แพทย์มีคำสั่งให้นักจิตวิทยาเข้าประเมินและบำบัดทางจิตวิทยา
2. ผู้ป่วยมีความพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในตึกผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตายซ้ำในรอบ 1 ปี
4. ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง
5. ผู้ป่วยถูกข่มขืนหรืออนาจารทางเพศ
6. มีความขัดแย้งในครอบครัวสูงที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้ใกล้ชิด

Exclusion Criteria

1. มีสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม เช่น บาดแผลรุนแรง ถูกผูกมัด อ่อนเพลียจากการอดนอน มีผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง, อยู่ระหว่างการรักษาด้วย ECT,
2. มีอาการทางจิตรุนแรง , สมาธิไม่ต่อเนื่อง,พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
3. ภาวะปัญญาอ่อน และ/หรือพยาธิสภาพทางสมอง

3. บันทึกผลการประเมินผู้ป่วยตาม CPG ทุกคน ในใบสื่อสารวิชาชีพ

4. กรณีเข้าเกณฑ์การบำบัดให้ Case manager แจกจ่าย case ให้กับนักจิตวิทยาทุกคน ส่วนที่ไม่เข้าเกณฑ์ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์ /หรือใช้ผลร่วมกับพยาบาลที่ประเมินทุก 2 วัน

5. ลงทะเบียนบริการผู้ป่วย CPG

6. ดำเนินการบำบัดทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

7. ลงทะเบียนบำบัดตามระบบ online

8. ติดตามผลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

กรณีประเมินเจอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่นเราสามารถ Suggest ในใบสื่อสารได้ เช่น พบปัญหาครอบครัวเห็นสมควรส่งนักสังคมสงเคราะห์ พบปัญหาการจัดการกับหูแว่วเห็นควรส่งพยาบาลบำบัดหูแว่ว เป็นต้น

ชุมชน

1. ได้รับการประสานจากทีมสหวิชาชีพในการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วย
2. วางแผนช่วยเหลือโดยการประชุม case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
4. สรุปผลการติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.ทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

5. ประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการพัฒนา

1. มีแนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีทะเบียนบริการผู้ป่วยตามแนวทางการดูแล CPG และแบบสื่อสารกับสหาชีพใช้ติดที่ชาร์จผู้ป่วยที่ทำการบำบัดต่อเนื่อง
2. นักจิตวิทยาทุกคนดำเนินการตามแนวทางทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน

3. ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมินและให้การบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2554- เดือนพฤษภาคม 2555

ตึกผู้ป่วย	การให้บริการทางจิตวิทยา				
	Assessment	ส่งต่อบริการ	ส่งต่อบริการ Therapy		
			บำบัดรายบุคคล		บำบัดรายกลุ่ม
			Support	Intensive	
ฝ้ายคำ	61	28	20	4	12
ศรีตรัง	35	3	3	-	

6. หลักฐานทางวิชาการประกอบการพัฒนา

- สถิติการให้บริการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- แนวทางดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- การดูแลทางจิตสังคมผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- แนวคิดบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

7. ตัวชี้วัด

1. นักจิตวิทยาทุกคนสามารถให้บริการตามแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกคนที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตวิทยาและรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในได้รับการประเมินและบำบัดรักษาตามสภาพปัญหา

8. การพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

9. ตัวแทนประจำบอร์ด/ผู้ประสานงาน

- นางกานดา ผาวงค์