การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

เรื่อง ข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาและผลการให้บริการตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ชื่อเจ้าของผลงาน/หน่วยงาน นางสรานุช คำภักดี และคณะ กลุ่มงานจิตวิทยา

ความเป็นมา

การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีหลากหลายวิธี หนึ่งในวิธีที่สำคัญคือการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยาคลินิก จากสถิติของกลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2552-2554 พบว่าผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลใน พ.ศ. 2552 มีจำนวน 22 ราย พ.ศ. 2553 มีจำนวน 5 ราย และใน พ.ศ. 2554 มีจำนวน 98 ราย

กลุ่มงานจิตวิทยาจึงดำเนินการทบทวนเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา ปัญหาที่มารับบริการ แนวคิดที่นักจิตวิทยาใช้ และผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ รวมทั้งการติดตามผลการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาและเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคล
2. เพื่อศึกษาปัญหาที่มารับบริการ และแนวคิดที่นักจิตวิทยาใช้บำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคล
3. เพื่อศึกษาผลการให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์
4. เพื่อศึกษาผลการติดตามกรณีผู้ไม่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลตามนัดหมาย

กระบวนการศึกษา

1. ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลให้กับนักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 5 ท่าน
2. สร้างแบบประเมินผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคล โดยยึดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก เรื่องการประเมินผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก, 2551 : 34)
3. เก็บข้อมูลโดยศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคล ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2554
4. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล
5. วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการ

ผลการศึกษา

จำนวนผู้รับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามนัดหมายทั้งสิ้น 115 ราย แบ่งเป็น

- ผู้มารับบริการตามนัดหมาย 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2
- ผู้ไม่มารับบริการตามนัดหมาย 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามนัดหมายจำแนกตามเดือน

เดือน	จำนวนที่มา (ราย)	จำนวนที่นัดหมายทั้งหมด (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
ตุลาคม 2554	28	34	82.4
พฤศจิกายน 2554	30	37	81.1
ธันวาคม 2554	40	44	90.9
รวม	98	115	85.2

จากตารางที่ 1 พบว่าจำนวนผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยามากที่สุดในเดือนธันวาคม รองลงมาคือเดือนตุลาคม และพฤศจิกายน ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ไม่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามนัดหมายจำแนกตามเดือน

เดือน	จำนวนที่ไม่มา (ราย)	จำนวนที่นัดหมายทั้งหมด (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
ตุลาคม 2554	6	34	17.6
พฤศจิกายน 2554	7	37	18.9
ธันวาคม 2554	4	44	9.1
รวม	17	115	14.8

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนผู้ไม่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามนัดหมาย มีมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน รองลงมาคือเดือนตุลาคม และธันวาคม ตามลำดับ

1. กรณีผู้มารับบริการตามนัดหมาย

จำนวน 98 ราย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ และอายุ

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	40.18
หญิง	57	55.86
อายุ		
น้อยกว่า 19 ปี	6	5.88
20 – 29 ปี	30	29.40
30 – 39 ปี	37	36.26
40 – 49 ปี	11	10.78
50 – 59 ปี	12	11.76
มากกว่า 60 ปี	4	3.92
รวมทั้งสิ้น	98	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.86 และอายุของผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-39 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 20-29 ปี

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้รับบริการที่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา จำแนกตามรหัสโรค

รหัสโรค	**จำนวนผู้รับบริการบำบัด (ราย)**	**ปัญหาที่พบ**
F00-09	1	การปรับตัว การจัดการปัญหา
F10-19	18	ทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีความขัดแย้งกับบิดา กลัวการพลัดพราก ไม่อยากกลับบ้าน กลัวคนทำร้าย
F20-29	24	ทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย หลงผิด มีเสียงแว่ว ความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึมเศร้า ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ควบคุมตนเองได้น้อย น้อยใจบิดาไม่มารับ ไม่มั่นใจในตนเอง มีปัญหาคู่สมรส
F30-39	56	มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า วิตกกังวล การควบคุมอารมณ์ ปัญหาครอบครัว การปรับตัวและสัมพันธภาพ ความรุนแรงในครอบครัว การปรับตัว ไม่มั่นใจ ไม่พอใจในตนเอง นอนไม่หลับ เครียด

รหัสโรค	จำนวนผู้รับบริการบำบัด (ราย)	ปัญหาที่พบ
F40-49	18	มีความคิดฆ่าตัวตาย การควบคุมอารมณ์ อาการทางกาย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ตกใจง่าย ไม่มั่นใจ ความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ การปรับตัว มีความคิดทางลบ ปัญหาคู่สมรส
F50-59		
F60-69	2	มีความคิดทำร้ายตนเอง ซึมเศร้า
F70-79		
F80-89		
F90-98		
F99		
G40		
G44		
อื่น ๆ	7	มีความคิดทำร้ายตนเอง ซึมเศร้า การจัดการอารมณ์ การปรับตัว คู่สมรส

หมายเหตุ ; ผู้มารับบริการในแต่ละราย อาจได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4 เห็นได้ว่าจำนวนผู้มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่ม Mood (Affective) Disorder: F 30-39 มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม Schizophrenia: F 20-29 รวมทั้งจะเห็นได้ว่าปัญหาที่พบร่วมกันมากที่สุดคือ มีความคิดทำร้ายตนเองและซึมเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้รับบริการที่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา จำแนกตามปัญหาที่พบและแนวคิดที่ใช้

ปัญหาที่พบ	จำนวนผู้รับบริการบำบัด (ราย)	แนวคิดที่ใช้
ทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย	21	- Supportive Psychotherapy จำนวน 11 ราย - Satir's Model จำนวน 7 ราย - CBT จำนวน 2 ราย - Relaxation Techniques จำนวน 2 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย
คิดมาก กังวล	17	- Supportive Psychotherapy จำนวน 7 ราย - CBT จำนวน 4 ราย - Behavioral Therapy : Relaxation Techniques จำนวน 3 ราย - Resilience จำนวน 2 ราย - Empowerment จำนวน 2 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย - Client Center จำนวน 1 ราย - Stabilization จำนวน 1 ราย - Satir's Model จำนวน 1 ราย
หลงผิด หวาดระแวง	17	- CBT จำนวน 13 ราย - Supportive Psychotherapy จำนวน 2 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย - Interpersonal Psychotherapy จำนวน 1 ราย
ซึมเศร้า Low Self-Esteem	11	- Satir's Model จำนวน 5 ราย - Supportive Psychotherapy จำนวน 3 ราย - CBT จำนวน 1 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย - Relaxation Techniques จำนวน 1 ราย
ปัญหาครอบครัว	10	- Supportive Psychotherapy จำนวน 3 ราย - Satir's Model จำนวน 3 ราย - CBT จำนวน 2 ราย - Behavioral Therapy : Relaxation Techniques จำนวน 2 ราย

ปัญหาที่พบ	จำนวนผู้รับบริการบำบัด (ราย)	แนวคิดที่ใช้
การจัดการอารมณ์	9	- Supportive Psychotherapy จำนวน 3 ราย - Behavioral Therapy : Relaxation Techniques จำนวน 3 ราย - CBT จำนวน 1 ราย - Stabilization จำนวน 1 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย
ปัญหาคู่สมรส	6	- Supportive Psychotherapy จำนวน 3 ราย - Satir's Model จำนวน 1 ราย - CBT จำนวน 1 ราย - Behavioral Therapy : Relaxation Techniques จำนวน 1 ราย
การปรับตัวและสัมพันธภาพ	6	- CBT จำนวน 3 ราย - Satir's Model จำนวน 2 ราย - Supportive Psychotherapy จำนวน 1 ราย
อาการทางกาย รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ ทำงานไม่ได้	5	- Supportive Psychotherapy จำนวน 2 ราย - Behavioral Therapy : Relaxation Techniques จำนวน 2 ราย - Satir's Model จำนวน 1 ราย
ไม่พอใจในตนเอง คาดหวังสูง	4	- Supportive Psychotherapy จำนวน 1 ราย - Relaxation Techniques จำนวน 1 ราย - Resilience จำนวน 1 ราย - Empowerment จำนวน 1 ราย - Positive Psychotherapy จำนวน 1 ราย - Buddhism จำนวน 1 ราย - Satir's Model จำนวน 1 ราย
ปัญหาอื่น ๆ - ไม่กินยา ก้าวร้าว - สับสนในบทบาทางเพศ	 1 1	 - CBT - CBT

หมายเหตุ ; ผู้มารับบริการในแต่ละราย อาจมีปัญหาที่พบมากกว่า 1 ปัญหา และนักจิตวิทยาใช้แนวคิดในการบำบัดรักษาทางจิตวิทยามากกว่า 1 แนวคิดได้

จากตารางที่ 5 เห็นได้ว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาทำร้ายตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยแนวคิดที่นักจิตวิทยานิยมใช้ คือ Supportive Psychotherapy รองลงมาคือ Satir's Model

ส่วนปัญหาที่พบเป็นอันดับ 2 คือปัญหาคิดมาก วิตกกังวล และ หลงผิด หวาดระแวง โดยแนวคิดที่นักจิตวิทยานิยมใช้ คือ Supportive Psychotherapy และ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

ประเมินผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา ตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ และเหตุผลของผู้รับบริการที่***พบ***ตามประเด็นการประเมินมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ประเด็นประเมิน	พบจำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ (N = 98)	เหตุผล
1. - ผู้รับบริการรับรู้ปัญหาเบื้องต้น - ผู้รับบริการพร้อมร่วมมือรับการบำบัดต่อเนื่อง	86 77	87.8 78.6	เปิดเผยตนเอง ไว้วางใจผู้บำบัด เข้าใจกระบวนการบำบัด ร่วมมือมารับบริการตามนัดหมาย ตรงเวลา
2. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย	74	75.5	เช่นการจัดหารอารมณ์ด้านลบ การจัดการความทุกข์ในใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การมีชีวิตที่สงบ ลดความขัดแย้ง การตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างความเห็นคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างความเข้มแข็งในใจ การระบายความทุกข์ มีความสุขขึ้น เป็นต้น
3. ผู้รับบริการตระหนักรู้และมีการเปลี่ยนแปลง - ความคิด	70	71.5	เข้าใจตนเองมากขึ้น มีมุมมองด้านบวก มองเห็นคุณค่าในตนเองได้ รับรู้ความคิดตนเองได้ ยอมรับความคิดด้านลบ ลดความคาดหวังต่อตนเอง เป็นต้น
- อารมณ์	74	75.5	อารมณ์สงบลง รู้สึกสบายขึ้น ไม่กดดัน ไม่เครียด พอใจกับชีวิตได้ ตระหนักรู้ ในปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเอง
- พฤติกรรม	56	57.2	มีแนวทางในการปฏิบัติ ยิ้มได้ ลดการ พึ่งพิงสามี ไม่ลงมือทำร้ายตนเอง ช่วยครอบครัวทำงานได้ เป็นต้น
4. ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด และช่วยเหลือผู้รับบริการ (ถ้ามี)	35	35.7	ผู้เกี่ยวข้องทั้งญาติ และเจ้าหน้าที่ พยาบาลในตึกผู้ป่วย รับฟัง เข้าใจ และ ร่วมมือในการให้ผู้ป่วยมาบำบัดรักษา
5. การส่งต่อ case (กรณีผู้ป่วย Suicide)	21	21.4	ส่งต่อตาม CPG Suicide ส่งต่อการบำบัดตามแนวทางอื่น ๆ เช่น ออกกำลังการ เปียโน 1 to 5

จากตารางที่ 6 เห็นได้ว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่สามารถรับรู้ปัญหาเบื้องต้น มีความพร้อมร่วมมือในการรับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ส่วนด้านการตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงนั้น พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีการตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านความคิด และด้าน

พฤติกรรมน้อยที่สุด รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ ให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือผู้รับบริการในการมารับการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา นอกจากนี้มีการส่งต่อผู้รับบริการกรณีมีการทำร้ายตนเอง และส่งต่อการบำบัดตามแนวทางอื่น ๆ ร่วมด้วย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ และเหตุผลของผู้รับบริการที่***ไม่พบ***ตามประเด็นการประเมินมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ประเด็นประเมิน	พบจำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ (N = 98)	เหตุผล
1. – ผู้รับบริการรับรู้ปัญหาเบื้องต้น	12	12.2	- ผู้รับบริการระแวงมาก มีอาการทางจิตหลงผิด
- ผู้รับบริการพร้อมร่วมมือรับการบำบัดต่อเนื่อง	21	21.4	- ปฏิเสธปัญหาและอาการทางจิต ไม่ร่วมมือในการมารับบริการ - ไม่สะดวกมาโรงพยาบาล เนื่องจากภาระงาน และการเดินทาง - ขาดการบันทึกว่าผู้รับบริการมีความพร้อมร่วมมือในการมารับบริการเพียงใด
2. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย	24	24.5	- ผู้รับบริการมีอารมณ์พรั่งพรูมาก - มีอาการทางจิต สับสน ปฏิเสธปัญหา - ขาดการบันทึกที่ชัดเจนว่าผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายหรือไม่
3. ผู้รับบริการตระหนักรู้ และมีการเปลี่ยนแปลง - ความคิด	28	28.5	- เป็น session แรก ผู้รับบริการยังไม่เปิดเผยตนเอง - มีอาการทางจิต หลงผิด - ขาดการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- อารมณ์	24	24.5	- มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด - มีอาการทางจิต หลงผิด ไม่สามารถประเมินอารมณ์ได้ - ขาดการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- พฤติกรรม	42	42.8	- มีอาการทางจิต ไม่สามารถประเมินได้ - ขาดการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น - ไม่มารับบริการต่อเนื่อง จึงไม่สามารถประเมินได้

ประเด็นประเมิน	พบจำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ (N = 98)	เหตุผล
4. ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ ให้ความร่วมมือในการบำบัด และช่วยเหลือผู้รับบริการ (ถ้ามี)	10 NA = 53	10.2 NA = 54.1	- ผู้รับบริการมาคนเดียว - เป็นปัญหาภายในจิตใจเฉพาะตัวของผู้รับบริการ
5. การส่งต่อ case (กรณีผู้ป่วย Suicide)	21 NA = 56	21.4 NA = 57.2	- ยุติบริการ - ไม่เป็นกรณีการทำร้ายตนเอง

จากตารางที่ 7 เห็นได้ว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้ไม่พบตามประเด็นการประเมินนั้น เป็นเพราะผู้รับบริการยังคงมีอาการทางจิต หลงผิด หวาดระแวง ปฏิเสธปัญหา และเป็นการพบในครั้งแรก (เป็น Session แรก) รวมทั้งขาดการบันทึกที่ชัดเจน

กลุ่มงานจิตวิทยาจึงได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข ดังนี้

ตารางที่ 8 แสดงสาเหตุและแนวทางแก้ไขในกรณี***ไม่พบ***ตามประเด็นการประเมินมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
ผู้รับบริการมีอาการทางจิต หลงผิด หวาดระแวง	ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการก่อนเริ่มดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
เป็นการพบในครั้งแรก (เป็น Session แรก) ผู้รับบริการยังไม่เปิดเผยตนเองนัก	เน้นการสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
ขาดการบันทึกผลที่ชัดเจน	ประชุมนักจิตวิทยาเพื่อย้ำแนวทางการบันทึกผลการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา

จากตารางที่ 8 เห็นได้ว่านักจิตวิทยาควรมีการประเมินความพร้อมและสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา รวมทั้งควรมีการบันทึกผลการบำบัดรักษาอย่างละเอียดและครบถ้วน

กรณีผู้ไม่มารับบริการตามนัดหมาย

จำนวน 17 ราย นักจิตวิทยาได้มีการโทรศัพท์เพื่อติดตามผล พบรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 9 แสดงสาเหตุ จำนวน และการช่วยเหลือเบื้องต้นทางโทรศัพท์แก่ผู้ไม่มารับบริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา

สาเหตุที่ไม่มาตามนัดหมาย	จำนวน (ราย)	การช่วยเหลือเบื้องต้น (ทางโทรศัพท์)
ลืมบัตรนัด จึงไม่ได้พบนักจิตวิทยา (ได้พบแพทย์ และรับยา)	5	- แจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถบอกแพทย์เพื่อขอพบนักจิตวิทยาได้
อาการดีขึ้น	2	- ให้กำลังใจและเน้นย้ำการทานยาต่อเนื่อง
ติดภาระงานอาชีพ	1	- ให้ช่องทางติดต่อกลับ และสายด่วนสุขภาพจิต 1323
เดินทางไปต่างประเทศ (ข้อมูลจากญาติ)	1	- แจ้งให้ทราบถึงการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ - ให้ช่องทางติดต่อกลับ และสายด่วนสุขภาพจิต 1323
คิดว่าแพ้ยา จึงไม่อยากมา	1	- แจ้งให้ทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ความสำคัญของการทานยาต่อเนื่อง และแนะนำการมารับบริการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม
มาตามนัดแล้ว แต่ไม่มีการส่งพบนักจิตวิทยา	1	- แจ้งให้ผู้รับบริการทราบว่าสามารถบอกแพทย์เพื่อขอพบนักจิตวิทยาได้
ญาติไม่ว่างพามา	1	- รับฟัง และให้ข้อมูลเพื่อให้เห็นความสำคัญของการรับการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งสอบถามอาการผู้ป่วย เพื่อแนะนำบริการต่อไป
ไม่ทราบวันนัด เนื่องจากญาติเป็นผู้ถือใบนัด	1	- รับฟัง และสอบถามอาการ รวมทั้งชี้แจงบริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ
ไม่สามารถติดต่อได้ (โทรตาม 2 ครั้ง 2 วัน)	4	-

จากตารางที่ 9 พบว่าสาเหตุที่ผู้รับบริการไม่มาตามนัดมากที่สุด เกิดจากการลืมบัตรนัด ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าต้องส่งพบนักจิตวิทยา ดังนั้นควรมีการหาแนวทางปฏิบัติจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จากศึกษาพบว่าสาเหตุที่ผู้รับบริการไม่มาตามนัดมากที่สุด เกิดจากการลืมบัตรนัด ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าต้องส่งพบนักจิตวิทยา จึงได้มีการปรับปรุงบัญชีรายการความเสี่ยงของนักจิตวิทยาให้ครอบคลุมเรื่องดังกล่าว และได้นำข้อค้นพบนี้หารือในทีมบริการ เพื่อหาแนวทางแก้ไขในระบบบริการต่อไป

ตัวแทนหน่วยงานประจำบอร์ดหรือผู้ประสานงาน

นางกานดา ผาวงค์ และคณะ