

สรุปผลการดำเนินงาน

1. **ชื่อผลงาน/โครงการ :** โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชโย ปีงบประมาณ 2553

2. **คำสำคัญ :**

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชโย

3. **เป้าหมาย :**

1. เพื่อพัฒนาเครือข่าย และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครอบคลุม 9 ตำบล
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม
3. เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเวช ได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข
5. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และป้องกันปัญหาอาการกำเริบของผู้ป่วยได้

4. **ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :**

โรงพยาบาลไชโยได้เปิดบริการคลินิกจิตเวช พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Psychosis และ Schizophrenia (F19, F20, F21, F22, F28, F29) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548-2552 นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 86, 87, 95, 113, 129 ราย ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการใช้สารเสพติด การติดสุราเป็นสำคัญ และจากการให้บริการพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร้อยละ 46.43 พบมีอาการกำเริบ มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน จากการขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้าน รวมทั้งปัญหาสำคัญคือครอบครัว และชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึก Stigma การไม่ยอมรับผู้ป่วย เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ทำให้มีปัญหาในการดำรงชีวิตในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชโย ได้เห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ยั่งยืนและต่อเนื่องแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่ประกอบด้วยโรงพยาบาล สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน ครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนรวมถึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม

5. **การเปลี่ยนแปลง :**

ในปี 2540 - 2544 โรงพยาบาลไชโย พบปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และจิตเวชฉุกเฉินเฉลี่ยเดือนละประมาณ 2-3 ราย ที่เกิดจากปัญหาขาดยา ไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชได้ ผู้ป่วยถูกขัง และล่ามโซ่ ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินงานของบุคลากรที่ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ รวมถึงปัญหาของครอบครัว และชุมชนตามมา

ปี 2545 โรงพยาบาลไชโยได้ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำโครงการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งเครือข่าย ในการดำเนินการคัดกรองเพื่อส่งต่อและรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และทีมเครือข่ายได้ร่วมกันทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชและขึ้นทะเบียน จนวน 53 ราย

ปี 2547 – 2548 ได้ดำเนินการเปิดคลินิกจิตเวช และพัฒนาระบบยาจิตเวชให้สามารถรองรับการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศรีธัญญา 49 ราย และโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ 5 ราย จากอำเภอใกล้เคียงจำนวน 14 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมารับยาใกล้บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยา และลดการเกิดอาการกำเริบจากการขาดยา

ปี 2549 - 2550 ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย มีระบบการปรึกษาจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พัฒนารูปแบบการดูแลรักษารายกรณี เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยการประสานการทำงานทั้งเครือข่าย

ปี 2553 ได้พัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ภายใต้โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชโย ปีงบประมาณ 2553 โดยบูรณาการการทำงาน ดังนี้

1. เครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอไชโย

1. พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เครือข่ายการให้คำปรึกษา และระบบส่งต่อ
2. พัฒนารฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากทะเบียนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวช และการสำรวจของเครือข่าย
3. สนับสนุนด้านวิชาการให้สถานบริการในเครือข่าย ฯ
4. สนับสนุนให้สถานบริการในเครือข่ายทุกแห่งเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทั้งในสถานบริการและในชุมชน
5. รวบรวมข้อมูลตามแบบเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคจิตเวช
6. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรของเครือข่ายในการดำเนินการ
 - 6.1 บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล และสถานีอนามัย จำนวน 40 คน ระยะเวลา 2 วัน
 - 6.2 อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน จำนวน 51 หมู่บ้าน 120 คน ระยะเวลา 1 วัน
 - 6.3 ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 40 คน 2 ครั้งๆ ละ 1 วัน
7. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

2. สถานีอนามัย

1. จัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต้นแบบ เพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การใช้แบบประเมินโรคทางจิตเวช การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วย
2. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบคัดกรองฯ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยประสานเครือข่ายในชุมชนช่วยส่งต่อผู้ป่วย
3. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเวช และครอบครัวเพื่อลดอัตราการขาดนัด ขาดยา และอาการกำเริบหลังขาดยา
4. ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือผู้ดูแลและประเมินผลการดูแลรักษาโดยใช้แบบคัดกรองฯ ประเมินผู้ป่วยร่วมด้วย
5. ประสานการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชหรือผู้ป่วยเก่า อาการกำเริบ ไปยังเครือข่ายระดับอำเภอ/จังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว
6. จัดทำทะเบียนการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางจิตเวช
7. จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานบริการและในชุมชน ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มที่เผชิญภาวะวิกฤติ และกลุ่มเสี่ยง

8. ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วย ครอบครัว โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวัง

9. ธรรมนูญสุขภาพจิตแห่งชาติ วันที่ 1 – 7 พฤศจิกายน ของทุกปี

10. สรุปผลการดำเนินงาน

3. โรงพยาบาลไชโย

ดำเนินการเช่นเดียวกับสถานีนอนามัยและเพิ่มเติม ดังนี้

1. การเฝ้าระวังผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยอาการกำเริบ และภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
2. ประสานเครือข่ายการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเวชในโรงพยาบาลและประสานเครือข่ายการส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จากสถานีนอนามัยและชุมชน
3. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมในคลินิกจิตเวช โดยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
4. รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในคลินิก ติดตามการขาดนัด การขาดยา ประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับงานเวชปฏิบัติชุมชน และสถานีนอนามัย
5. สนับสนุนด้านวิชาการ การให้คำปรึกษา แก่สถานีนอนามัยในเครือข่าย

4. เครือข่ายภาคีสุขภาพในชุมชน

1. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และจัดตั้งเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในระดับตำบลต้นแบบ
2. ให้คำปรึกษาเบื้องต้น คัดกรองหรือส่งต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในกลุ่มโรคจิตเวช โรคลมชัก ปัญญาอ่อน เครียด ผู้ป่วยเรื้อรัง และประเมนผู้มีภาวะซึมเศร้า
3. ทีมเครือข่ายระดับตำบล ร่วมกับทีมระดับอำเภอติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
4. มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีและกิจกรรมที่สามารถเป็นบทเรียนและเผยแพร่ต่อสาธารณชนอย่างกว้างขวาง
5. สามารถประยุกต์องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่มีอยู่สู่การปฏิบัติได้
6. มีการสร้างและขยายเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไปยังชุมชนต่างๆ มีนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และสามารถเป็นตัวอย่างให้กับชุมชนอื่นได้ดำเนินงานชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

5. ผู้ป่วยจิตเวช

1. ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลตนเองแบบองค์รวม
2. การดูแลตนเองที่บ้าน ด้านยา การดูแลสุขภาพร่างกาย
3. การสร้างคุณค่าให้ตนเอง การดำรงตนในสังคม

6. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม
2. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้านยา การดูแลสุขภาพร่างกาย
3. การจัดการกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย และการส่งต่อ
4. การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาชีพ รายได้ ของผู้ป่วย

6. การวัดผล และผลของการเปลี่ยนแปลง :

ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2549	2550	2551	2552	2553	2554
84. ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวช กลับมารักษาซ้ำจากอาการกำเริบ จากการขาดยา	< 10 %	๑๒.๖๔	๗.๓๗	๓.๕๔	๐.๗๘	๑.๖๙	๐.๗๑
85. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเวช ชุกเงินเข้ารับการรักษา	< 10 %	๙.๒๐	๕.๒๖	๑.๗๗	๐.๐๐	๐.๘๔	๐.๗๑
86. อัตราการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคจิตเวช แก่ผู้ป่วย โรคจิตเวช ในคลินิก	> 80%	๘๒.๗๖	๙๒.๖๓	๙๖.๔๖	๘๕.๒๗	๙๑.๐๐	๙๔.๖๒
87. อัตราขาดนัดผู้ป่วยโรคจิตเวช	< 10 %	๒๖.๔๔	๑๗.๘๙	๑๒.๓๙	๑๒.๔๐	๕.๔๙	๔.๒๖
88. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	> 70%	NA	NA	NA	NA	๘๑.๐๒	๘๔.๐๐
89. มีเครือข่ายภาคีสุขภาพเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	9 ตำบล	NA	NA	NA	NA	๙	๙

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้น	> ร้อยละ 80	100.00
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้น	> ร้อยละ 70	81.02
3. มีเครือข่ายภาคีสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม	9 ตำบล	9
4. มีคู่มือ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลใน ครอบครัว และภาคีสุขภาพ	2 เรื่อง	2
5. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบ	< ร้อยละ 10	0
6. อัตราการขาดนัดผู้ป่วยจิตเวช ไม่เกิน	< ร้อยละ 10	5.49
7. อัตราการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชด้วยภาวะฉุกเฉินไม่เกิน	< ร้อยละ 5	0

7. สรุปผลงานโดยย่อ

1. มีคลินิกจิตเวชชุมชนให้บริการในโรงพยาบาล และมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครอบคลุม 9 ตำบล

2. บุคลากรสาธารณสุข ในเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการคัดกรอง ส่งต่อ และการจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเวช
3. มีแนวร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสุขภาพอื่นๆในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน
4. ผู้ป่วยโรคจิตเวช ได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิต ในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถลด Stigma และอาการกำเริบจากการขาดยา
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ป้องกันปัญหาอาการกำเริบของผู้ป่วย และสามารถส่งต่อได้

8. บทเรียนที่ได้รับ

ในการดำเนินงาน ย่อมมีปัญหาคืออุปสรรคมากมาย แต่การทำงานที่ประสบความสำเร็จ ย่อมเรียนรู้ มาจากการลงมือทำ เมื่อเกิดปัญหาแล้วนำมาพูดคุย วิเคราะห์ และหาทางแก้ไขร่วมกันในทีม และจะสำเร็จ ไม่ได้ถ้าไม่มีการทำงานเป็นทีมที่ทำด้วยใจรัก ทำด้วยความอดทนต่อปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ หรือ บทเรียนที่เป็นเงื่อนไขความสำเร็จของการดำเนินการ “**โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ บูรณาการ**” สามารถการสังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนี้

1. ผู้บริหารทุกภาคส่วนสนับสนุนการดำเนินงาน วิธีการนำเสนอต่อผู้บริหารมีความสำคัญ หาก ผู้บริหารสนับสนุน และเห็นความสำคัญ การทำงานสำเร็จไปแล้วกว่าครึ่ง การประสานการทำงานทุกครั้งได้ “ผ่านผู้บริหาร ประสานผู้ปฏิบัติ” ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี ใน การดำเนินงานของทีมได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดีทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุข อำเภอไชโย

2. การวางแผนงานที่ดี : มีการนำวิธีการดำเนินงานมาร่วมวางแผน เตรียมความพร้อมการหาแหล่ง งบประมาณ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลลัพธ์ที่ต้องการ ทีมกำลังคนที่รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม และกำหนด บทบาทให้ตรงกับความรู้ความสามารถของทีม และมีการสรุปและปรับแผนเป็นระยะๆ ทำให้การดำเนินงานใน โครงการสำเร็จตามวัตถุประสงค์

3. ความสามารถในการประสานงาน ในการดำเนินงานทีมต้องสามารถประสานโดยเฉพาะ บูรณา การงาน การสร้างแนวร่วม และการเจรจาต่อรองจะพบว่าทุกขั้นตอนกระบวนการทำงาน มักมีหน้าที่ที่ต้อง แก้ไข ทีมต้องใช้วิธีการในการเจรจาต่อรอง ให้เกิดการชนะทั้งคู่ (WIN-WIN)

4. ความพร้อมของทีม ด้านการทำงานเป็นทีม ความรู้ ความสามารถของทีมเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้น การอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการทำงานของทีม เพื่อให้เกิดความพร้อมในการทำงาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดำเนินงาน

5. การศึกษาข้อมูลสำคัญทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ได้มีการศึกษาข้อมูลตั้งแต่การมาใช้ บริการของผู้ป่วย อัตราการขาดนัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดผู้ป่วยใหม่ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชต่อการ ให้บริการ ต่อครอบครัว ต่อสังคมในอนาคต เพื่อนำมาวางแผนแก้ไข และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน โดย การจัดทำเป็นโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วม รวมทั้งการศึกษาถึงรูปแบบการดูแล หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ ประกอบ อ้างอิง หรือแหล่งความรู้ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทีม ต่อผู้ป่วย

6. การบริหารจัดการ และบูรณาการงบประมาณร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายได้มีการเชิญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมวางแผนยุทธศาสตร์ประจำปี เพื่อบูรณาการงบประมาณ และการทำงาน ร่วมกัน จึงทำให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณบางส่วน ในบางกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีเป้าหมายเดียวกัน ต้องการผลลัพธ์เดียวกัน เช่น การคัดกรองผู้ป่วย การช่วยเหลือทางสังคม รายได้ เป็นต้น

7. เทคนิคในการแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าสู่การปรับวิถีให้เป็นโอกาส การดำเนินงานที่เกิดปัญหา ได้นำปัญหาสู่การพัฒนา เช่น การปรับการจัดกิจกรรมที่มีเวลาเกินไป หรือน้อยไป ให้เหมาะสม การปรับการทำงานของทีม หรือแม้กระทั่งงบประมาณอาจไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ทีมได้ปรับแก้ไขปัญหเฉพาะตามเหตุการณ์

8. การมีส่วนร่วมจากภาคีสุขภาพจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ จะพบว่าเป็นธรรมชาติ หรือบริบทของพื้นที่แต่ละแห่ง ที่ย่อมมีความแตกต่างกัน ในด้านการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพจะมากหรือน้อย บางแห่งมีความกระตือรือร้นสนใจ แต่บางแห่งอาจต้องมีการประสานเป็นพิเศษ การเกิดการมีส่วนร่วมต้องเกิดจากการเข้าหา และประสานงานที่ดี จึงจะได้รับความร่วมมือ

9. การสร้างความยั่งยืน ผู้ที่จะสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และชุมชนได้ดีที่สุด ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ความยั่งยืนต้องเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน จึงจะเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี เสริมสร้างพลังอำนาจ หรือการสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญ

10. การสนับสนุนงบประมาณจากภาคส่วนต่างๆ อำเภอไชโยมีปัญหาสำคัญด้านงบประมาณไม่เพียงพอในการบริหารจัดการ งบประมาณจึงใช้เฉพาะงานสำคัญ เร่งด่วนเท่านั้น การดูแลโรคเรื้อรังจึงมีความสำคัญรองลงมา การแสวงหางบประมาณจากภายนอกจึงเป็นกลวิธีสำคัญที่จะสามารถดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาคัญของพื้นที่ได้ ในการดำเนินโครงการครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 200,000 บาท ในการพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กับเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอไชโย ให้บรรลุตามเป้าหมาย อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

9. การติดต่อกับทีมงาน ;

1. คุณเกษสุดาพร แป้นทอง : งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชโย 035 – 647018-20
kadsdp@hotmail.com
2. คุณธีรศักดิ์ ผลานิผล : งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลไชโย 035 – 647018-20
tphalaniphol@yahoo.com



