

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุก
ในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

.....
นางกฤษณา อัครา

ผู้ศึกษา

.....
ประภา ยุทธไตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

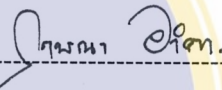
สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุก
ในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2552



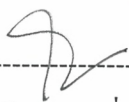
นางกฤษณา อ่ำคา
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไธร,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



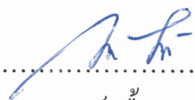
รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริчимงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาวรัชนิกร เอี่ยมพ่อง,
พ.บ.,วว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ อัจฉราพร สิริรุ่งวงศ์,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์ และแพทย์หญิงรัชนิกร เอี่ยมผ่อง กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุโอว ของ แพทย์หญิงวันทนา ถมคำพาณิชย์ นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี นางกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณนายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติฉิลกรัตน์ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างทำการศึกษา เพื่อนร่วมงานตลอดจนผู้ป่วยทุกคนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่ให้โอกาส ให้ความช่วยเหลือในการศึกษา จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษา

ขอขอบคุณ แม่บุญถม มั่นเศษกรณ์ ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความเสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษา สมาชิกของครอบครัวอำคา สามิและลูก ที่ให้การช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน อำนวยพร จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

กฤษฎณา อำคา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR USING ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT FOR HOMELESS PERSONS WITH MENTAL ILLNESS

กฤษฎา อ่ำคา 4836949 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยประยุกต์รูปแบบการใช้ผลงานวิจัยของ Polit & Beck (2004) เป็นกรอบแนวคิดพัฒนาแนวปฏิบัติ จากการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย Systematic Review 1 เรื่อง Meta-Analysis 1 เรื่อง Randomized Controlled Trial 4 เรื่องนำมาวิเคราะห์และสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล นำแนวปฏิบัติการพยาบาลบับร่างที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนซึ่งมี 4 ระยะคือ 1) Engagement: เป็นระยะที่ทีมบำบัดเข้าไปในชุมชน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในปัญหาเร่งด่วนและการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 2) Stabilization: เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และสามารถหาที่พัก หรือที่พักชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้พักอาศัย ทีมบำบัดส่งเสริมความสามารถในการบำบัดดูแลตนเองและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน 3) Maintenance and Ongoing Treatment: เป็นระยะติดตามและส่งเสริมสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว การมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต 4) Discharge: เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยที่แน่นอนและสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ ผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้โดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามผลเป็นระยะๆ

แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้ เนื่องจากช่วยให้นักวิชาการสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและให้การบำบัดดูแลได้อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ส่วนการพัฒนาใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติจะได้วางแผนในการปฏิบัติต่อไปในอนาคต ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว แล้วจึงบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ และควรมีการพัฒนาต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน / การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน / แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR USING ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT FOR HOMELESS PERSONS WITH MENTAL ILLNESS

KRISANA AUMKA 4836949 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SRIHIRUNWONG, D.N.S.

ABSTRACT

This study aims to develop a clinical nursing practice guideline for using assertive community treatment for homeless persons with mental illness. Polit and Beck's research utilization framework (2004) was used to develop the guideline. Six studies were included in the guideline development. These studies consisted of 1 systematic review, 1 meta-analysis, and 4 randomized controlled trials. The investigator analyzed and synthesized these studies for the evidence and knowledge gained to develop the practice guideline. The drafted practice guideline was validated for content and language use by 5 experts in the field. After expert validation the investigator improved the guideline. The guideline contains 4 stages: 1) Engagement- The therapy team enters the community to help and support, depending on individual and basic needs for patients with urgent problems; 2) Stabilization- Patients' symptoms are stabilized so that the team and patients start to find permanent or temporary housing for patients. The team supports patients to acquire self-care skills and develop skills for living with the community; 3) Maintenance and Ongoing Treatment- The team follows up with patients to encourage patient-family relationships, employment, avoidance of substance abuse, and to prevent mental relapses; 4) Discharge- After patients have stable housing and can adjust themselves to living in the community, patients can be discharged from the program. However, they undergo periodical followed up.

This practice guideline is appropriate and can be adjusted for use with homeless, mentally ill patients. The guideline helps the teams assess patients' problems thoroughly and provide continuous care. The implementation and evaluation of the practice guideline in real practice will be conducted in the future. Users who are interested in implementing the guideline should conduct a pilot study to evaluate the practice guideline before using it. The guideline should be integrated into routine practice and improved continuously.

KEY WORDS: HOMELESS MENTALLY ILL PATIENTS / ASSERTIVE
COMMUNITY TREATMENT / CLINICAL NURSING
PRACTICE GUIDELINE

205 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นปัญหา	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
1. ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน	7
2. รูปแบบการดูแลตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน	15
3. กรอบแนวคิดในการศึกษา	22
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	26
บทที่ 4 สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	73
ข้อเสนอแนะ	76
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	78
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	92
รายการอ้างอิง	109
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก แนวปฏิบัติการพยาบาล	115
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	136
ภาคผนวก ค พังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	138
ภาคผนวก ง ตารางสัปดาห์งานวิจัย	140
ประวัติผู้ศึกษา	205

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

- 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

หน้า

25



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the study)

คนไร้บ้าน เป็นปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขมานานเป็น 10 ปี การเป็นคนไร้บ้านทำให้เกิดอัตราความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางจิต อัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป (Fichter & Quadflieg, 2003; Munoz et al., 2002; Salize et al., 2002 อ้างใน Lauber, Lay & Rossler, 2006) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าประมาณ 25-35% ของคนไร้บ้าน มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรค schizophrenia, bipolar disorder, major depression and drug dependence (Folsom & Jeste, 2002) และพบว่า 18% ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นคนไร้บ้าน (Rosenheck, Frisman & Chung, 1994 อ้างใน Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan, 2005) ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเมื่อออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบว่าจะกลับเป็นคนไร้บ้านเช่นเดิม จึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้นเนื่องจาก ขาดยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และเพราะสภาพของการไร้บ้านจึงพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Padgett, Struening & Andrews, 1990)

ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ประชากรสหรัฐอเมริกามากกว่า 1.5 ล้านคน มีความเจ็บป่วยทางจิตและเป็นคนไร้บ้าน อาศัยหลับนอนบนถนนในเมือง คนเหล่านี้มีรายงานว่าตกเป็นเหยื่อหรือเสี่ยงต่อการถูกข่มขืน ถูกทำร้ายร่างกาย มีความยากลำบากในการหาที่พักพิง (shelter) อาหาร เสื้อผ้า หีองน้ำ และมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Wenzel, Keogel & Gelberg, 2000; Sullivan, Burnam, Koegel & Hollenberg, 2000; Folsom et al., 2005) สำหรับในประเทศไทยเราสามารถสังเกตเห็นคนไร้บ้านในสถานที่ต่างๆในสภาพสวมเสื้อผ้าเก่า มีกระเป๋หรือถุงสัมภาระ อาศัยหลับนอนในที่สาธารณะ ขาดแคลนห้องน้ำที่จำเป็นมากในชีวิตประจำวัน ต้องเผชิญกับความยากลำบากในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ถูกประทับุตราในฐานะสิ่งแปลกปลอม สกปรก นำพาหวัระแวง และเป็นอันตรายต่อสังคม (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546)

ปัจจุบันในประเทศไทยมีคนไร้บ้านหรือคนเร่ร่อนให้เห็นอยู่ทั่วไป แต่ยังไม่ได้มีการสำรวจที่แน่นอนว่ามีปริมาณมากน้อยเพียงใด ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาว่าคนไร้บ้านมีปัญหาใน

ด้านที่อยู่หลับนอนและวิถีชีวิตอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ (กองสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์, 2538; ปฐมาวดี ปัทมโรจน, 2542; บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546; สมพงษ์ จิตระดับ, 2540; วันดี กริชอนันต์, 2544) ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ว่ามีมากน้อยเพียงใด แต่สื่อต่างๆทั้งหนังสือพิมพ์และโทรทัศน์ได้เสนอข้อมูลให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นของคนเรื้อนจากการป่วยทางจิตเวชและมีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถรับรู้ความจริงและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จากปัญหาเหล่านี้ รัฐบาลได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะอันตรายต่อสังคม ทำประชาพิจารณ์และมีการออกกฎหมายบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรงด้วย (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2551) เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วย ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่องต่อไป

การเป็นคนไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีประวัติมีความยากจน ว่างาน หรือได้รับค่าจ้างที่ต่ำ การขาดรายได้ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีไม่เพียงพอ (Peterson, 1993) มีรูปแบบการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ผลจากการใช้สุราหรือสารเสพติด การขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olsson, Mechanic, Hansell, Boyer & Walkup, 1999) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดความรัก ความผูกพันเมื่อเจ็บป่วยทางจิตหรือป่วยซ้ำบ่อยมีผลทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากญาติ ญาติปฏิเสธการให้การช่วยเหลือดูแล (Caton, Shrout, Eagle, Opler, Felix & Dominguez, 1994) รวมทั้งรูปแบบการบริการติดตามดูแลเมื่อมีปัญหาหรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างถูกต้องและต่อเนื่องได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลายเป็นคนไร้บ้าน (Lamb & Lamb, 1990) และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ชุมชนสังคม กล่าวคือ ผลจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความด้อยสมรรถภาพในการดูแลตนเองหรือการทํากิจวัตรประจำวัน มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆในครอบครัวและสังคม บุคคลกลุ่มนี้จะขาดปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังทางกายสูงกว่าคนไร้บ้านที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย มีความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Peterson, 1993) การขาดคนดูแล ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางจิตรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการที่มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอยู่

ในชุมชน มีผลต่อภาพลักษณ์ของชุมชน (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990) และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณของรัฐต้องเสียเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการในสถานสงเคราะห์และบริการอื่นๆเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008)

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยจิตเวชรับไว้เป็นผู้ป่วยในดังนี้ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 981 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 1,052 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 1,286 ราย และใน ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 1,323 ราย (งานเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) และจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นคนไร้บ้าน ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยตำรวจนำส่ง เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องสุขลักษณะส่วนบุคคล แต่งตัวสกปรกมอมแมม มีกลิ่นเหม็น บางรายมีปัญหาโรคผิวหนัง เช่น หิด กลาก เกลื้อน หอบหืดรุนแรง รับประทานอาหารขยะ กินนอนตามป้ายรถเมล์หรือที่สาธารณะเป็นที่น่าหวาดกลัวของผู้ที่พบเห็น และบางรายมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พุดคนเดียว หงุดหงิด หวกระแวงไม่ไว้วางใจหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการหวาดระแวงมากจนก่อความวุ่นวายให้คนในชุมชน หรือก่อคดีรุนแรงจนต้องถูกนำส่งโรงพยาบาล และผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้น บางรายไม่สามารถบอกที่อยู่หรือญาติที่จะติดต่อได้ ทำให้มีผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นเป็นจำนวนมาก บางรายไม่สามารถจำหน่ายได้ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของคดี ไม่มีแหล่งรองรับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องสูญเสียเงินจำนวนมากในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ บางรายสามารถให้ที่อยู่และติดต่อญาติได้แต่ญาติแสดงท่าทีไม่เต็มใจหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล จากการสัมภาษณ์ญาติที่ติดตามได้พบว่า ญาติส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานๆ หรืออยู่โรงพยาบาลตลอดไป โดยให้เหตุผลว่าต้องการให้ผู้ป่วยรักษาให้หายดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ไม่เชื่อฟังเวลาอยู่บ้าน ไม่รวมมือรับประทานยา ใช้สารเสพติด ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้ญาติเบื่อกับพฤติกรรมของผู้ป่วย หรือให้เหตุผลของความไม่พร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่อาศัยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ต้องส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์ จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่นักสังคมสงเคราะห์ส่งสถานสงเคราะห์เนื่องจากญาติมีปัญหาเศรษฐกิจ ญาติปฏิเสธหรือไม่สามารถติดต่อญาติได้มีดังนี้ ในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 35 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 44 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 42 รายและใน ปี

พ.ศ. 2551 จำนวน 46 ราย (งานवेशะเบียง สถาบันกัลยาณราชนครินทร์) และในจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเข้าสถานสงเคราะห์ พบว่าส่วนหนึ่งต้องกลับเข้ามารักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ซ้ำในลักษณะคนไร้บ้านหรือก่อคดี เนื่องจากหลบหนีออกจากสถานสงเคราะห์หรือจากสภาพของคนที่มีอาการทางจิตประสาท ทำให้พลัดหลงออกจากสถานสงเคราะห์ โดยไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ต้องเร่ร่อนตามที่สาธารณะ ขาดยา มีอาการทางจิตกำเริบ และกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นแนวทางกำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในปัจจุบัน จึงเน้นการกำบัดดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลัก (community-based psychiatric care) เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยหรือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชและบุคลากรขององค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดกิจกรรมการกำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกๆ ด้านที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ทั้งในเรื่องบทบาทหน้าที่การงาน การเงิน สังคม ส่งเสริมการมีกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างสรรค์แทนการใช้สุราและสารเสพติดต่างๆ และการบริหารจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม บริบทและแหล่งสนับสนุนของสังคมในแต่ละชุมชน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (readmission rate) ในโรงพยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนที่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ โปรแกรมการกำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) (Phillips, Burnes, Edgar, 2001) ลักษณะเด่นของการบริการ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีม โดยทีมมีหน้าที่ให้บริการอย่างครอบคลุมตามปัญหาหรือความต้องการ ทีมประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ โดยผู้จัดการรายกรณีของผู้ป่วยแต่ละรายนำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษาในทีมและถ้าปัญหาของผู้ป่วยเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อนมากก็ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ของทีมเป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วยต่อไป การให้บริการเป็นแบบเข้มขัน จริงจัง ใกล้ชิด เป็นการบริการเฉพาะราย ปรับตามสภาพบริบทของผู้ป่วย ให้บริการทุกด้านแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) โดยให้บริการในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ โดยผู้จัดการรายกรณีจะให้ความสำคัญกับการเข้าช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง (assertive outreach) และสม่ำเสมอไม่มุ่งเน้นการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการนอกชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการกำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ทำ

ให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Pratt, Gill, Barrett & Roberts, 2007)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน การให้บริการด้านสุขภาพ เน้นการให้บริการที่ได้มาตรฐาน บริการที่ให้ผลลัพธ์คุ้มค่าใช้จ่าย ตามข้อกำหนดของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้สถานบริการให้การบริการที่มีคุณภาพ เป็นบริการที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการทางคลินิกและมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมทั่วถึงและมีมาตรฐาน (ทัศนา บุญทอง, 2543 อ้างใน พรหมทิพย์ เกียรติสิน, 2550) โดยที่ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ก็จะกลับเป็นคนไร้บ้านอีก เนื่องจากขาดยา มีอาการทางจิตรุนแรงก่อให้เกิดปัญหาทั้งในแง่ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและอาจเป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้อื่นในสังคม ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เหมาะสม มีมาตรฐาน และคุณภาพตรงตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานและปกติสุขยิ่งขึ้น

1.2 ประเด็นปัญหา (Main Issues)

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การเป็นคนไร้บ้านส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ชุมชน สังคม หลังการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้น ทางโรงพยาบาลส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน พบว่าภายหลังผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในลักษณะคนไร้บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา กลับไปใช้สารเสพติด และมีอาการรุนแรงเป็นระยะๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

1.4 ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/Out comes)

1. ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรม มีอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือ ระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. ผู้ปฏิบัติงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เป็นรูปธรรม มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น
3. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีมาตรฐาน



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

การศึกษางานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
 - 1.1 คำจำกัดความคนไร้บ้าน
 - 1.2 ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไร้บ้านของผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.4 ผลกระทบของการไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านตามแนวความคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment)
3. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

1. ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

1.1 คำจำกัดความคนไร้บ้าน (Homelessness)

มีผู้ให้ความหมายของคนไร้บ้านไว้ในหลายลักษณะ ทั้งในลักษณะของการไม่มีที่อยู่เป็นของตนเองแน่นอน คนที่ต้องรับบริการเรื่องที่อยู่อาศัย อาหารที่รัฐจัดให้บริการ รวมทั้งจำนวนวันที่ไม่มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน ตัวอย่างของการให้ความหมายของคนไร้บ้านมีดังนี้

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนเร่ร่อนจรจัดตามที่สาธารณะ ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนผู้สัญจรไปมา เป็นคนไร้ญาติที่ช่วยตัวเองไม่ได้หรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองไม่ได้ (กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์, 2538)

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนเร่ร่อนจรจัด ขาดที่พึ่งพาอาศัย ไร้อาชีพ หรือไร้ความสามารถในการประกอบอาชีพ (สาลินี วงศ์ทอง, 2543)

คนไร้บ้าน (Homelessness) ความหมายในเชิงสังคมวิทยา หมายถึง ผู้ที่ไม่มีช่องที่จะเข้าถึงที่อยู่อาศัยตามแบบแผนได้ตามปกติหรือมาตรฐานที่ควรจะเป็น (conventional dwelling) ไม่สามารถเป็นเจ้าของหรือเช่าสิ่งปลูกสร้างที่อยู่อาศัย เช่น อพาร์ทเมนต์ บ้าน เช่าห้องในที่อยู่อาศัยส่วนตัว หรือตามที่พักหลับนอนที่มีความสะดวกสบายเหมาะสม ในต่างประเทศคนไร้บ้านไม่เพียงแต่หมายถึงผู้ที่หลับนอนตามที่สาธารณะ สวนสาธารณะ พื้นที่ว่างได้สะพาน ดิกร้างริมทาง หน้าประตูอาคารสำนักงานเท่านั้น ยังรวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในที่พักพิง (shelter) หรือผู้ที่ใช้บริการอาหารซึ่งทางราชการจัดให้สำหรับคนไร้บ้านด้วย (Rossi & Wright, 1989 อ้างในบุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546)

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง ผู้ที่อาศัยหลับนอนตามที่สาธารณะ ไม่มีสิ่งปลูกสร้างที่เรียกว่าบ้านหรือเพิงกระต๊อบใดๆ อาจจะมีแหล่งที่นอนประจำ กึ่งประจำ หรือไม่ประจำก็ได้ อาจจะเร่ร่อนถาวรหรือเร่ร่อนตามฤดูกาลก็ได้ โดยให้ลำดับความสำคัญกับผู้หลับนอนในที่สาธารณะมากกว่า 1 เดือน ไม่ใช่ผู้ที่หลับนอนตามที่สาธารณะชั่วคราวไม่เกิน 1 สัปดาห์ อายุมากกว่า 20 ปี (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546)

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนที่อาศัยหลับนอนบนถนนมานาน 14 วันหรือคนที่อาศัยอยู่ในที่พักพิง (shelter) นาน 4 เดือน หรือคนที่มที่อยู่อาศัยชั่วคราว เช่น ห้องเช่าราคาถูกหรืออาศัยอยู่กับเพื่อน หรือญาติอย่างน้อย 45 วัน ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (Lehman, Kernan, DeForge & Dixon, 1995)

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนนหรือพักอาศัยอยู่ในที่พักฉุกเฉิน (emergency shelter) เคยเป็นคนไร้บ้านตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเป็นคนไร้บ้านมานาน 31 วัน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หรือเคยไร้บ้านมา 3-4 ครั้งตลอดช่วงชีวิต (Morse, Calsyn, Klinkenberg, Trust, Gerber, Smith, 1997)

คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนที่ใช้เวลาน้อยที่สุด 7 วันในรอบ 14 วัน ที่ผ่านมามีอาศัยอยู่ในที่พักพิง (shelter) หรือคนที่อาศัยหลับนอนในที่สาธารณะ หรือสิ่งก่อสร้างที่ปล่อยร้าง หรือคนที่อาศัยหลับนอนนอกบ้าน (Cook, Pickett-Schenk, Grey, Banghart, Rosenheck, & Randolph, 2001)

สรุป ในการศึกษาครั้งนี้ คนไร้บ้าน (Homelessness) หมายถึง คนที่ไม่มีห้องหรือที่อยู่อาศัยส่วนตัว ต้องอาศัยหลับนอนในที่สาธารณะ หรือสิ่งก่อสร้างที่ปล่อยร้าง หรืออาศัยหลับนอนอยู่บนถนนไม่มีสิ่งให้อำนวยความสะดวก ขาดที่พึ่งพาอาศัย หรืออาศัยอยู่ในที่พักพิงที่รัฐหรือเอกชนจัดให้ อย่างน้อย 10 วันขึ้นไป

1.2 ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่ต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ทั้งในสถานพยาบาลทั่วไป และสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (Mental disorder) ที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง เช่น schizophrenia, bipolar disorder, major depression, personality disorder ใช้สารเสพติด เช่น alcohol dependence, drug dependence (Sullivan et al., 2000; Lam & Rosenheck, 2000; Rosenheck, Lam, Morrissey, Calloway, Stolar, Randolph, 2002)

ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตรุนแรง (Mental disorder) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการรู้คิด มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว หน้าที่การงาน และหน้าที่ทางสังคม และเกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) (Pratt et al., 2007) ซึ่งอาการของโรคทางจิตเวชที่สำคัญสามารถแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1. มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่ และบุคคล มีภาวะงุนงง สับสน กระสับกระส่าย รู้สึกตัวน้อยหรือไม่รู้สึกตัว
2. มีความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว เช่น เคลื่อนไหวนอนผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหว ย่ำทำ โยกตัวไปมา
3. มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวล เฉื่อยชา เฉยเมย ฉุนเฉียว โมโหง่าย
4. มีความผิดปกติของความคิด เช่น หลงผิด มีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว มีความเชื่อที่ปราศจากเหตุผล ย้ำคิด
5. มีความผิดปกติของการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน แปลภาพผิด
6. ขาดความสัมพันธ์กับโลกภายนอก มีการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่พูดคุยกับใคร ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง

สรุป ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน หมายถึง คนที่มีอาการทางจิต จากความเจ็บป่วยทางจิต เช่น schizophrenia, bipolar disorder, major depression, personality disorder อาจใช้สุราหรือสารเสพติด ร่วมกับ มีอาการทางด้านบวก (positive symptoms) เช่น อาการหูแว่ว (hallucinations) การหลงผิด (delusions) มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (bizarre behavior) หรือมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหว มีความผิดปกติด้านความคิด (thought disorder) หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร หรืออาการทางด้านลบ (negative symptoms) เช่น แยกตัวเอง ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและอยู่ในสภาพไร้บ้าน หรืออาศัยหลับนอนนอก

บ้าน ในที่สาธารณะ อยู่บนถนนหรือสิ่งก่อสร้างพลอยร้าง ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ไม่มีสิ่งที
อำนวยความสะดวก หรืออาศัยอยู่ในที่พักพิงที่รัฐจัดให้ (shelter) รับบริการด้านอาหารจากรัฐ

1.3 ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไร้บ้านของผู้ป่วยจิตเวช

การเป็นคนไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่โดยทั่วไปแล้ว
พบว่า เกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติมานาน มีการคิดตัดสินใจที่ไม่ดี การขาดโอกาสที่ดี
และความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว การงาน สังคม รวมทั้งปัจจัยด้านชีวเคมี
หรือพันธุกรรม จะเป็นสาเหตุให้บุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้บุคคลเหล่านี้มักขาดระบบ
ที่จะสนับสนุนดูแลช่วยเหลือ ทั้งในครอบครัวและชุมชน รวมทั้งรูปแบบการบริการติดตามดูแลเมื่อ
มีปัญหา หรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้
กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Lamb & Lamb, 1990) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชไร้
บ้านจะมีประวัติ

1. มีความยากจน ว่างาน หรือได้รับค่าจ้างที่ต่ำ การขาดรายได้ในขณะที่ค่าใช้จ่ายใน
ครอบครัวมีไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเองต่ำ การขาดความรักความผูกพัน ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และ
ผลลัพธ์ที่เห็นได้ชัดคือผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสไร้บ้านสูง (Peterson, 1993)

2. มักเป็นผู้ใช้หรือติดสุราและสารเสพติดอื่นร่วมด้วย มีรูปแบบการเผชิญความเครียด
ไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียด และอาการทางจิต
ผลจากการใช้สุราหรือสารเสพติด การขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องจึงทำให้มีอาการ
ทางจิตรุนแรงขึ้น ทำให้สัถยภาพในการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม
ทักษะในการดำเนินชีวิต การทำงานลดลง มีปัญหาในการดูแลตนเอง และกลายเป็นคนไร้บ้านใน
ที่สุด (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olsson et al., 1999)

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มาจาก
ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดความรักความ
ผูกพัน เมื่อเจ็บป่วยทางจิตหรือป่วยซ้ำบ่อย มีผลทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากญาติ ญาติปฏิเสธการให้
การช่วยเหลือดูแล และผู้ป่วยจะกลายเป็นคนไร้บ้าน (Caton et al., 1994)

1.4 ผลกระทบของการไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวช

การเป็นคนไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวชส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ชุมชนและสังคม
โดยรวม ซึ่งผลกระทบมีดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความด้อยสมรรถภาพในการดูแล
ตนเองหรือการทำกิจวัตรประจำวัน มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆในครอบครัวและ

สังคม บุคคลกลุ่มนี้จะขาดปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต่ำกว่าคนทั่วไป พบอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังทางกายสูงกว่าคนไร้บ้านที่ไม่มีการป่วยทางจิตร่วมด้วย และพบปัญหาอื่นๆ เช่น ความยากลำบากในการหาที่พักพิง (shelter) อาหาร เสื้อผ้า ห้องน้ำ ในสังคมเมือง พบว่ามีการถูกข่มขืน ถูกทำร้ายร่างกาย หรือตกเป็นเหยื่อได้ง่าย มีความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Peterson, 1993)

2. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ขาดคนดูแล ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการที่มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอยู่ในชุมชน และมีผลต่อภาพลักษณ์ของชุมชน (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990) และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณของรัฐต้องเสียเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการในสถานสงเคราะห์ และบริการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Corrigan et al., 2008)

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

จากประเด็นปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่จะขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ใช้สุรา และสารเสพติด มีความด้อยสมรรถภาพในการดูแลตนเองหรือการทำกิจวัตรประจำวัน มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ และปัญหาความยากจน ทำให้คนกลุ่มนี้มักจะมีอาการทางจิตรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ดังนั้นบริการที่ให้อาจจำเป็นต้องให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาอาการทางจิต การบำบัดการใช้สุราและสารเสพติด การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ สามารถช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Padgett et al., 1990) การบำบัดรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีหลายลักษณะ ทั้งการบำบัดทางกายภาพ เช่น การรักษาด้วยยา และบำบัดด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคม นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) กลุ่มบำบัด (group therapy) จิตบำบัด (psychotherapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นต้องกลับไปอยู่ในชุมชน แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความเสื่อมถอยในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังคงมีปัญหาในการดูแลสุขอนามัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้แม้จะได้รับการบริการในเรื่องที่พักชั่วคราวหรือบริการเรื่องที่อยู่อาศัย และไม่ร่วมมือในการบำบัดด้วยยา อาจเนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่

เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งไม่สามารถเข้ารับบริการตรวจรักษาได้อย่างต่อเนื่องได้ (Peterson, 1993; Folsom et al., 2005) และรูปแบบการบำบัดรักษาที่ผ่านมา หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดการดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้มีการติดตามหลังจำหน่ายที่เพียงพอ (Wolff, Helminiak, Morse, Calsyn, Klinkenberg, & Trusty, 1997) จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลับมามีอาการทางจิตรุนแรงซ้ำ เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน

ดังนั้นแนวทางการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในปัจจุบันจึงเน้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลัก (community-based psychiatric care) เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยหรือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชและบุคลากรขององค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดกิจกรรมการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกๆ ด้านที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ทั้งในเรื่องบทบาทหน้าที่ การงาน การเงิน สังคม ส่งเสริมการมีกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างสรรค์แทนการใช้สุราและสารเสพติดต่างๆ และการบริหารจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม บริบท และแหล่งสนับสนุนของสังคมในแต่ละชุมชน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission rate) ในโรงพยาบาลได้มากขึ้น (Phillips et al., 2001) ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านของ Hwang, Tolomiczenko, Kouyoumdjia & Garner (2005) พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 17 เรื่อง พบว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนมีหลายรูปแบบ แต่โปรแกรมที่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมีดังนี้ คือ 1. intensive case management 2. outreach program 3. residential treatment program 4. assertive community treatment แต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. Intensive case management เป็นรูปแบบการดูแลเชิงรุกเข้าไปในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง (assertive outreach) จำนวนผู้ดูแลต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนประมาณ 1:10 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) เน้นความสำคัญเรื่องการฝึกทักษะ (skills training) มีการพบปะผู้ป่วยในชุมชน ผสมผสานการบริการ ให้บริการโดยตรง จากการศึกษาของ Cox, Walker, Freng, Short, Meijer & Gilchrist (1998) ศึกษาการใช้โปรแกรม intensive case

management ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ในสถานบริการต่างๆ เช่น drop-in center service, temporary housing, rehabilitation services พบว่า intensive case management ให้ผลดีในด้านทำให้อาการทางจิตและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. Outreach program ของ Shern, Tsemberis, Anthony, Lovell & Richmond (2000) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เน้นการให้บริการใน 4 ด้านคือ 1) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) ลดการรักษาใน drop-in center 3) ให้บริการบ้านพักขนาด 10 เตียง 4) มีการฟื้นฟูในชุมชน จากการติดตามผลการบำบัด 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ outreach program มีอาการทางจิตดีขึ้น มีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตซึ่งได้แก่ อาหารและที่อยู่อาศัย และคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน

3. Residential treatment program หรือที่เรียกว่า group home / halfway house เป็นรูปแบบการดูแลโดยใช้หลักนิเวศน์บำบัด (milieu therapy) หรือการใช้สิ่งแวดล้อมในการดูแลรักษาอาการทางจิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ (Ridgway & Zippel, 1990 อ้างใน Corrigan et al., 2008) ให้การดูแลโดยมีเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หากที่พักให้ผู้ป่วย สอนทักษะการดำรงชีวิต (living skill) เป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆ มีผู้ป่วยประมาณ 3-10 คน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ผู้ดูแลระดับวิชาชีพมีการเตรียมโปรแกรมให้กับผู้ป่วย คอยดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ตัวอย่างของการฝึกทักษะต่างๆ เช่น กลุ่มเตรียมอาหาร การซักผ้า กลุ่มการทำกิจวัตรประจำวัน (daily living) กลุ่มทักษะชีวิต (skills training) เน้นในเรื่อง การบริหารจัดการในเรื่องการเงิน การดูแลสุขอนามัย การมีสังคมและการมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ (social and recreational activities) และส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งช่วยเหลือในชุมชน มีการประชุมกลุ่ม ให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลในเรื่อง อาการทางจิต การรักษาด้วยยา ในวันธรรมดามีการฝึกการใช้ชีวิตข้างนอก เช่น การไปทำงาน ไปโรงเรียน จากการศึกษาของ Shern, et al., (2000) ศึกษาติดตาม 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ residential treatment program มีอาการทางจิตดีขึ้น มีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตซึ่งได้แก่ อาหารและที่อยู่อาศัย และคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. Assertive community treatment เป็นโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมาย มีการบำบัดดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมให้เป็นผู้ดูแลหรือผู้จัดการรายกรณี โดยมีสัดส่วนระหว่างผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านประมาณ 1:10 (shared caseloads) สามารถให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ทีมให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในด้านชีวภาพ เช่น การบริหารจัดการในเรื่องยา การรับประทานยา และด้านจิตสังคมที่เน้นการให้การบำบัดทางจิต และการบำบัดช่วยเหลือทางสังคม ได้แก่ การฟื้นฟู และส่งเสริมสมรรถภาพในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละราย

(Corrigan et al., 2008) ลักษณะเด่นของการบริการ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีม โดยทีมมีหน้าที่ให้บริการอย่างครอบคลุมตามปัญหาหรือความต้องการ ทีมประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ โดยผู้จัดการรายกรณีของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีปัญหาจะนำปัญหาของผู้ป่วย มาปรึกษาในทีมถ้าเป็นปัญหาที่ยากซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้จัดการรายกรณีจะปฏิบัติได้ก็จะส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ของทีมเป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วยต่อไป การให้บริการเป็นแบบเข้มข้นจริงจัง ใกล้ชิด เป็นการบริการเฉพาะราย ปรับตามสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วย โดยมีการให้บริการในชุมชนมากกว่าในสถานบริการหรือการส่งต่อไปรับบริการที่อื่น ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน 1) ลดอาการทางจิต 2) ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3) ลดการเป็นคนไร้บ้าน 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต 5) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (Pratt et al., 2007)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนมีการศึกษาในรูปแบบวิธีการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) มากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก รูปแบบการบำบัดนี้เน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนบริการร่วมกัน แต่จะมีการแบ่งจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบในลักษณะผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยประมาณ 1:10 เช่นเดียวกับ intensive case management แต่ intensive case management จะเน้นให้ผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบผู้รับบริการของตน ถ้ามีปัญหาจะปรึกษาหารือและประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครอบคลุม ในขณะที่ outreach program ยังมีการศึกษาน้อย และรูปแบบของการบำบัดรักษาไม่ได้บอกชัดเจนว่าการบำบัดดูแลแต่ละด้านทำอะไรบ้าง และ residential treatment program เป็นรูปแบบการบำบัดที่จำลองการอยู่ในบ้าน (milieu therapy) เป็นการเชื่อมต่อระหว่างการบริการแบบผู้ป่วยในกับการบริการผู้ป่วยในชุมชน เป็นบริการที่น่าจะมีประสิทธิผลที่ดีเนื่องจากผู้ป่วยได้พัฒนาและฟื้นฟูทักษะต่างๆ ที่ถดถอยหรือขาดโอกาสพัฒนา แต่รูปแบบการบำบัดแบบนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงมากในการจัดบ้านพักให้ผู้ป่วยอยู่และมีเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพหลายวิชาชีพดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยเลือกวิเคราะห์และสังเคราะห์เฉพาะงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมการบำบัดตามกรอบแนวคิดของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เนื่องจากการบำบัดตามแนวคิดนี้ เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ที่ต้องการการดูแลจากนักวิชาชีพหลายสาขาร่วมกัน รูปแบบการบำบัดเป็นทีมจะช่วยให้ลดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับผู้บำบัดแต่ละสาขาอาชีพนอกทีม เนื่องจากทุกคนในทีมบำบัดต้องร่วมกันปรึกษาปัญหาและวางแผนการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายที่ทีมร่วมกัน

รับผิดชอบดูแล เพียงแต่ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ต้องประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาต่างๆ ตรวจสอบ และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการ ได้รับบริการที่พอเพียง เหมาะสม ประเมินความก้าวหน้าและรายงานให้ทีมทราบเป็นระยะๆ จะเห็นได้ว่าการบำบัดโดยใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มความสะดวกในการบริการผู้ป่วยจิตเวช ที่ต้องได้รับการที่ครอบคลุมต่อเนื่อง และช่วยให้สามารถพิจารณาปัญหาได้รอบด้านมากขึ้น โดยที่ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลแบบผู้จัดการรายกรณี (intensive case management) และโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ได้ผลการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นที่นิยมใช้มากกว่าทั้งในการศึกษาวิจัยและการปฏิบัติงานจริงในชุมชน โดยเฉพาะชุมชนเมือง (Coldwell & Bender, 2007) และผู้ศึกษาพิจารณาว่าน่าจะนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่เข้ารับการรักษาสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยนิโคติติจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำและเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทางสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ก็มีนโยบายให้มีการบำบัดดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่แล้ว

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เริ่มพัฒนาขึ้นในปี 1970 เป็นการดูแลประชาชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน (Thompson, Griffity & Leaf, 1990) โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) เป็นโปรแกรมหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดการกลับเป็นซ้ำ และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Kane & Blank, 2005; Stein & Test, 1985; Stein & Santos, 1998; Fischer & Ahern, 2000; National Alliance on Mental Illness, 2008) โดยกลุ่มพันธมิตรด้านการเจ็บป่วยทางจิตแห่งชาติ (National Alliance on Mental Illness: NAMI) ได้รณรงค์ในระดับประเทศให้มีการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนทั่วทั้งประเทศของสหรัฐอเมริกา และกำหนดมาตรฐานกิจกรรมดูแลเชิงรุกในชุมชน มีวิธีการจัดการอย่างเป็นระบบ และมีโครงการฝึกอบรมบุคลากรที่ประสงค์จะใช้โปรแกรมนี้นในการให้บริการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยงานทางสุขภาพที่รับผิดชอบในแต่ละท้องถิ่น (National Alliance on Mental Ill, 2008)

2.1 ความหมายของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกในชุมชนไปใช้ในการปฏิบัติงานหลายแห่ง และได้มีการให้ความหมายการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ไว้หลายความหมาย เช่น

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) หมายถึง รูปแบบการดูแลโดยทีมที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง ที่จะตอบสนอง หรือจัดหาการบริการให้แก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเข้าถึงบริการ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมให้บริการ 24 ชั่วโมง (on-call) ตลอด 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ (Phillips et al., 2001)

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) หมายถึง รูปแบบการดูแลฟื้นฟูคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้บริการ 24 ชั่วโมง (on-call) (Udechuku, Olver, Hallam, Blyth, Leslie, Nasso, 2005)

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) หมายถึง การดูแลที่ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักจิตวิทยา ร่วมกันดูแลผู้ป่วย ทีมมีการปรึกษา ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในวิธีการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านความเจ็บป่วยทางจิต การดูแลทางสังคมหรือการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน (Olson, 1990; Solomon, 1992; Scott & Dixon, 1995; Thompson et al., 1990) ทีมอาจประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้จัดการรายกรณี บางครั้งอาจมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น ผู้ให้คำปรึกษาด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกอาชีพ (Corrigan et al., 2008)

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) หมายถึง รูปแบบการบริการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม และเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการติดต่อประสานงานให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาได้อย่างต่อเนื่องได้ตลอดเวลาในแต่ละวัน (National Alliance on Mental Ill, 2008)

สรุป การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) หมายถึง การดูแลฟื้นฟูคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในวิธีการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านความเจ็บป่วยทางจิต การดูแลทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือหรือแหล่งบริการต่างๆในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเข้าถึงบริการ โดยทีมให้บริการ 24 ชั่วโมง (on-call) ตลอด 7 วัน ใน 1 สัปดาห์

2.2 วัตถุประสงค์ของการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ (Thornicroft, 1991) ลดอาการทางจิต ลดระยะเวลาและ/หรือจำนวนครั้งการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง (Holloway, 1991)

2.3 ลักษณะของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Phillips et al., 2001; Corrigan et al., 2008)

1. ให้บริการในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตที่รุนแรง ผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือกลับเป็นซ้ำสูง
2. ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาหรือผู้จัดการรายกรณี บางครั้งอาจมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น ผู้ให้คำปรึกษาด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกอาชีพ โดยสมาชิกในทีมจะร่วมรับผิดชอบในการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล และเป็นที่ปรึกษาซึ่งกันและกันรวมทั้งประเมินผลความก้าวหน้าของการบำบัดดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในความรับผิดชอบของทีม
3. สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยจำนวนผู้ดูแลต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนประมาณ 1:10 เพื่อให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ตอบสนองปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคลในชุมชน
4. การให้บริการจะเน้นการบำบัดดูแลรักษาด้วยยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด การประคับประคองสนับสนุน การฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
5. ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างจริงจัง (assertive outreach) ในการให้บริการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง ทีมอาจจะเข้าไปเยี่ยม 1-2 ครั้ง/วัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยา
6. เป็นรูปแบบการดูแลที่รุกเข้าไปในชุมชน รูปแบบการบริการสำหรับผู้ป่วยเป็นการให้บริการในชุมชนมากกว่าการบริการในคลินิก ทีมมีการทำงานร่วมกับองค์กรในชุมชน คนในชุมชนหรือบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
7. สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ไม่กำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วย
8. ทีมให้การสนับสนุนในด้านสังคม การฟื้นฟู การรักษาด้านจิตเวช การตอบสนองความต้องการ การบริหารจัดการในเรื่องยา การรับประทานยา

ลักษณะเด่นของการบริการ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเป็นทีม ไม่ใช่โดยผู้จัดการรายกรณีคนเดียว ทีมมีหน้าที่ประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทีมประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญ ให้ความสำคัญกับการเข้าช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างจริงจัง (assertive outreach) การให้บริการเป็นแบบเข้มข้น จริงจัง ใกล้ชิด เป็นการบริการเฉพาะราย ปรับตามสภาพความเป็นอยู่ ความต้องการและตามปัญหาของผู้ป่วย ให้บริการทุกด้านแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงถ้าผู้ป่วยมีปัญหา ให้บริการในชุมชนมากกว่าในสถานบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย ไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ

2.4 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน มีดังนี้ (Stein & Santos, 1998)

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสามารถบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องความเป็นอยู่
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาต่อไปนี้ คือ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บ่อยและมียาอาการรุนแรง มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีความลำบากเกี่ยวกับที่พักอาศัยและการดำรงชีวิต พักอาศัยในสถานพยาบาลหรือในชุมชน และสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองหากมีบริการในชุมชนรองรับ มีปัญหายากในการเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก

2.5 การดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

การดำเนินการให้การบำบัดดูแลตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย บุคลากรที่ควรมีในทีมได้แก่ หัวหน้าทีมหรือผู้รับผิดชอบโปรแกรม (team leader or program director) จิตแพทย์ (psychiatrist) พยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) บุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ถ้าจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายากซับซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับสารเสพติด (substance abuse specialist) นักโภชนาการ ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (remaining clinical staff) และผู้ช่วยด้านบริหารโปรแกรม (program administrative assistant) (Stein & Santos, 1998)

การดำเนินการตามโปรแกรมจะทำในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกและรู้สึกสบายใจมากที่สุด โดยระยะเวลาในการดำเนินการในผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับปัญหาของบุคคลนั้นๆ และผลลัพธ์

ที่ตั้งไว้ และการดำเนินการต้องมี 1) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตลอดสัปดาห์ 2) มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการ 12 ชั่วโมงในวันปกติ 3) มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงาน 8 ชั่วโมงในวันสุดสัปดาห์และวันหยุด 4) ทีมสามารถเปิดให้บริการนอกเวลาเมื่อจำเป็น (NAMI ACT Technical Assistant Center, 2006) โดยที่รูปแบบของการบริการที่ให้กับผู้รับบริการที่สำคัญมี 3 ลักษณะ ได้แก่ (Stein & Santos, 1998; NAMI ACT Technical Assistant Center, 2006; Phillips et al, 2001)

1. ด้านการบำบัดรักษา ประกอบด้วย

1.1 การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เป็นการดูแลโดย

- การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ
- การดูแลเรื่องยา (medical support) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ การช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง
- การบำบัดสารเสพติด การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของสารเสพติดแก่ผู้ป่วย ซึ่งให้การบำบัดแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล

1.2 การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) เช่น การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

1.3 การให้การปรึกษา (counseling) ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการระบายความรู้สึก และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่บำบัดดูแล โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญห (problem-oriented approach) เช่น ปัญหาเรื่องการทำงาน ที่อยู่อาศัย การกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการสนทนา การสื่อสาร การสอนทักษะการแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด การให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวในกรณีสามารถหาครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) ทักษะการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย

2.2 การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับ

ความเครียด (stress management) หรือด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับการสร้างความสมดุลของชีวิต การสร้างคุณค่าความหมายให้ชีวิต

2.3 การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management) ได้แก่ การช่วยผู้ป่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การทำบัญชีค่าใช้จ่าย การชำระเงิน การบริหารรายรับรายจ่ายประจำวัน และรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การฝึกให้ผู้ป่วยบริหารจัดการเงินเอง

3. ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง และการส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคนในชุมชนช่วยเหลือสนับสนุน ให้ความรู้ การประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ได้แก่ การช่วยจัดหาที่พักที่เหมาะสม ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

3.2 การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ได้แก่ การช่วยเหลือเกี่ยวกับงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิทธิบัตรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตและที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล

3.3 ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) จัดให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน

กระบวนการบำบัดดูแลผู้รับบริการแต่ละรายเมื่อผู้รับบริการเข้ามาในโปรแกรมจะมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้คือ

1. การประเมินในระยะแรก เมื่อรับผู้ป่วยเข้าในโปรแกรมโดยผู้จัดการรายกรณี
2. การประเมินอย่างครอบคลุม โดยผู้ชำนาญที่มีทักษะในการประเมิน ในหัวข้อต่อไปนี้เป็น ประวัติด้านเจ็บป่วยทางจิต สภาพจิต และการวินิจฉัยโรค สุขภาพกาย การใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์ การศึกษา การทำงาน การพัฒนาทักษะทางสังคม และการทำหน้าที่ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน การวางแผนการบำบัดดูแลรายบุคคล

3. มีการประชุมระหว่างทีมผู้บำบัดเพื่อวิเคราะห์ปัญหาโดยรวมและวางแผนการบำบัดซึ่งประกอบด้วย

3.1 กำหนดปัญหา

3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่สามารถวัดและประเมินได้ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3.3 กำหนดรูปแบบวิธีการในการให้การช่วยเหลือบำบัด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้เพื่อลดการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3.4 ผู้จัดการรายกรณี นำรูปแบบหรือวิธีการบำบัดช่วยเหลือที่กำหนดตามแผนไปปฏิบัติ

3.5 มีการประเมินผลลัพธ์ร่วมกันเป็นระยะ ระหว่างสมาชิกทีม เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนา รูปแบบการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.6 ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Pratt et al., 2007)

1. ลดอาการทางจิต โดยการช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับอาการทางจิต อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการ

2. ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจาก การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพแบบเชิงรุกที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยป้องกันอาการกำเริบ โดยประเมินการบำบัดผู้ป่วยในชุมชนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ รวมทั้งให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน การบริการตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ในชุมชน และช่วยส่งเสริมในเรื่องการมีงานทำในชุมชน ทักษะการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพกับคนในชุมชน การจัดการกับปัญหาและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในชุมชน

3. ลดการเป็นคนไร้บ้าน ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสม ปลอดภัย

4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้การดูแลในเรื่องปัจจัยพื้นฐาน เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ยารักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลายความเครียด

5. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ การบริการมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง

จากหลักการการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ดังกล่าวนี้นี้ มีผู้นำมาปรับใช้ในการช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง มีความสามารถบกพร่องในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องความเป็นอยู่ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บ่อยและมีอาการรุนแรง มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีความลำบากเกี่ยวกับที่พักอาศัยและการดำรงชีวิต ให้สามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้หากมีบริการในชุมชนรองรับ เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-hospitalization) เช่น

จากการศึกษาของ Coldwell & Bender (2007) ได้มีการศึกษาจากการทำ Meta-Analysis การใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรง จากงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trials) จำนวน 6 เรื่อง เปรียบเทียบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) กับ standard case management งานวิจัยการสังเกต (observational studies) จำนวน 4 เรื่อง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) พบว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดีกว่าการบำบัดแบบ standard case management

3. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ถึงประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านพบว่า การเป็นคนไร้บ้านในผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านจิตสังคมกล่าวคือ จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีประวัติมีความยากจน ว่างาน หรือได้รับค่าจ้างที่ต่ำ การขาดรายได้ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีไม่เพียงพอ (Peterson, 1993) มีรูปแบบการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ผลจากการใช้สุราหรือสารเสพติดและการขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ทำให้ศักยภาพในการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ทักษะในการดำเนินชีวิต การทำงานลดลง มีปัญหาในการดูแลตนเอง (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olsson et al., 1999) หรือจากการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มากจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดความรัก ความผูกพัน เมื่อเจ็บป่วยทางจิต หรือป่วยซ้ำบ่อยมีผลทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากญาติญาติปฏิเสธการให้การช่วยเหลือดูแล (Caton et al., 1994) รวมทั้งรูปแบบการบริการติดตามดูแลเมื่อมีปัญหา หรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและถูกต้องได้ ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิต ไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัว สังคม และกลายเป็นคนไร้บ้าน (Lamb & Lamb, 1990)

การที่ผู้ป่วยจิตเวชกลายเป็นคนไร้บ้านทั้งก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้ อยู่ในสภาพขาดปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า มีความเป็นอยู่ที่ขาดสุขลักษณะ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การเป็นคนไร้บ้านทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้

ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและคนในชุมชน (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย จะยิ่งทำให้อาการทางจิตรุนแรง หรือมีอาการทางจิตกำเริบ เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Corrigan et al., 2008)

การใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ซึ่งเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้สามารถประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุม และมีผู้จัดการรายกรณีเพื่อบำบัดดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างใกล้ชิด การให้การบำบัดดูแลจะให้บริการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้คือ

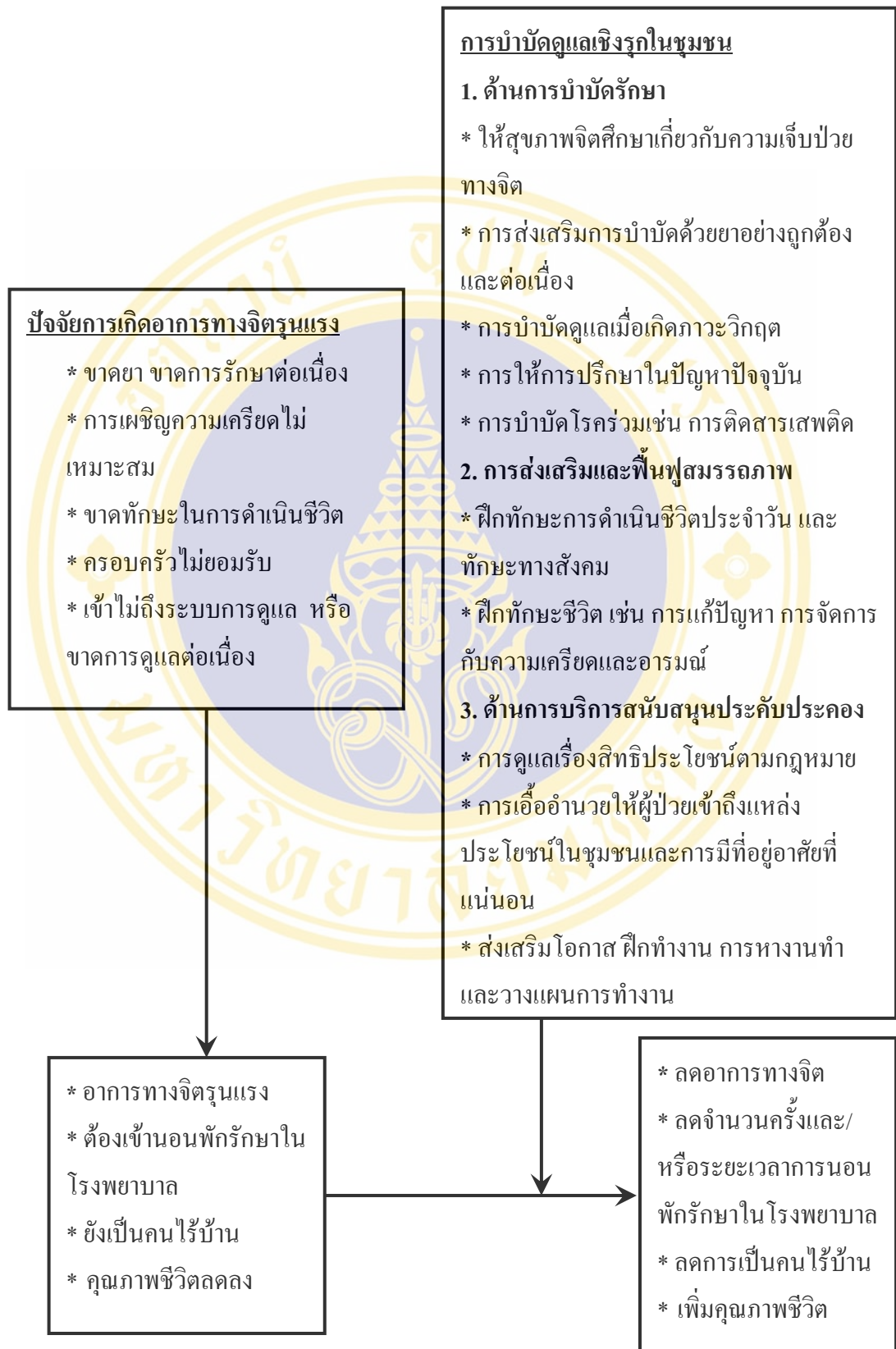
1. ด้านการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เป็นการดูแลโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การดูแลเรื่องยา (medical support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ การช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง การบำบัดสารเสพติด การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของสารเสพติดแก่ผู้ป่วย ซึ่งให้การบำบัดแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) เช่น การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) การให้การปรึกษา (counseling) ได้แก่ การช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะบำบัดดูแล โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหา (problem-oriented approach) เช่น ปัญหาเรื่องการทำงาน ที่อยู่อาศัย การกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการสนทนา การสื่อสาร การสอนทักษะการแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด การให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวในกรณีสามารถหาครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ซึ่งประกอบด้วย 1) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) ทักษะการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย การช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย 2) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด (stress management) หรือด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับการสร้างความสมดุลของชีวิต การสร้างคุณค่า

ความหมายให้ชีวิต 3) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management) ได้แก่ การช่วยผู้ป่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การทำบัญชีค่าใช้จ่าย การชำระเงิน การบริหารรายรับรายจ่ายประจำวัน และรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การฝึกให้ผู้ป่วยบริหารจัดการเงินเอง

3. ด้านการบริการสนับสนุนระดับประคอง และการส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กร ต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคนในชุมชนช่วยเหลือสนับสนุน ให้ความรู้ การผสมผสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ได้แก่ การช่วยจัดหาที่พักที่เหมาะสมปลอดภัยให้กับผู้ป่วย 2) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ได้แก่ การช่วยเหลือเกี่ยวกับงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิทธิบัตรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตและที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล 3) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) จัดให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ส่งเสริมการบำบัดรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่อาการกำเริบ และต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยผู้ศึกษาเลือกประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ว่าควรนำไปใช้หรือพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหาในการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ต้องเกิดขึ้นจากนักปฏิบัติทางคลินิกที่มีความสนใจในปัญหาหรือประเด็นที่คล้ายคลึงกัน ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาจาก 2 แหล่งคือ

1. สิ่งกระตุ้นจากประสบการณ์การทำงานในคลินิก (Problem-focused trigger) เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในคลินิก หรือในบริบทของการประเมินคุณภาพ หรือการพัฒนาคุณภาพ การกำหนดประเด็นปัญหานี้ต้องการการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ถ้าปัญหาที่กำหนดนั้นเป็นปัญหาที่หลายคนประสบ และเป็นปัญหาที่สอดคล้องทางคลินิกจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

2. จากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focused trigger) เริ่มต้นจากงานวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม โดยโครงการอาจจะเริ่มมาจากการสนทนาในวารสารสโมสร ซึ่งปัญหาที่มาในลักษณะนี้จะต้องมีการประเมินถึงความสอดคล้องของงานวิจัยกับทางคลินิกตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) งานวิจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะช่วยแก้ไขปัญหานั้นที่นักปฏิบัติทางคลินิกกำลังเผชิญอยู่หรือไม่ 2) งานวิจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะช่วยตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่เหมาะสม การวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หรือการเลือกหัตถการ/การรักษาที่เหมาะสม

หรือไม่ 3) งานวิจัยนั้นมีการทดสอบสมมติฐานที่สอดคล้องทางคลินิกหรือไม่ 4) งานวิจัยที่เป็น
หัตถการ/การรักษามีความเป็นไปได้ที่จะประยุกต์ใช้ในคลินิกหรือไม่ พยาบาลสามารถควบคุมการ
ดำเนินการโครงการได้หรือไม่ 5) เครื่องมือที่ใช้วัดในงานวิจัยสามารถใช้ในคลินิกได้หรือไม่

นอกจากตัวกระตุ้นทั้งสองแหล่งแล้ว จะต้องแน่ใจว่าประเด็นปัญหาที่กำหนดขึ้นเป็น
ประเด็นที่คนส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าเป็นประเด็นที่ต้องการแก้ไขเพื่อพัฒนาการปฏิบัติรวมทั้งต้อง
พิจารณาประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ความรุนแรงของปัญหา
จำนวนคนที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การสนับสนุนจากผู้บริหารและผู้ร่วมงานวิชาชีพอื่นๆ ค่าใช้จ่าย
และอุปสรรคที่อาจจะขัดขวางการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

(Assembling and Evaluating Evidence)

การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานจากงานวิจัย และหลักฐานอื่นๆ จุดเน้น คือ การหา
ข้อมูลเกี่ยวกับหัวข้อนั้นอย่างครอบคลุม ประเมินหลักฐานแต่ละอย่าง บูรณาการข้อมูลทั้งหมดเพื่อ
สรุปเป็นองค์ความรู้ การถามคำถามที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานที่ดีที่สุด เป็นขั้นตอนสำคัญ
ที่สุดในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล การประสบความสำเร็จในการ
สืบค้นให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด ต้องมาจากคำถามที่เหมาะสมและนำไปสู่การสืบค้นได้ การตั้ง
คำถามที่เหมาะสมจะช่วยให้ 1) ประหยัดเวลา 2) ได้หลักฐานที่ต้องการและสอดคล้อง 3) ทำให้เกิด
ความชัดเจนในปัญหาที่สนใจทางคลินิก

การตั้งคำถามที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานที่ดีที่สุด ลักษณะคำถามควรมีลักษณะ
ดังนี้

- 1) มีความเฉพาะเจาะจง
- 2) ระบุประชากรหรือปัญหา
- 3) ระบุหัตถการ/การรักษา หรือสิ่งที่สนใจ
- 4) ระบุการเปรียบเทียบ (ถ้ามี)
- 5) ระบุผลลัพธ์ที่วัดได้

หลักการที่เป็นประโยชน์ในการตั้งคำถามที่ช่วยในการสืบค้นได้แก่ หลักการที่ต้องมี
การกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การรักษาที่ชัดเจน การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่
ต้องการ ที่เรียกว่า PICO ดังนี้ (Craig & Smyth, 2002)

P: Patient Population or Problem เป็นขั้นตอนของการระบุประชากร หรือปัญหาที่
สนใจ

I: Intervention or Area of Interest การระบุหัตถการ/การรักษา หรือสิ่งที่สนใจ จะต้องมีความเฉพาะเจาะจง

C: Comparison Intervention การระบุการเปรียบเทียบ จะช่วยจำกัดขอบเขตของการสืบค้นให้แคบลง

O: Outcome ผลลัพธ์จะต้องมีการเฉพาะเจาะจง และวัดได้

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อาจมีความแตกต่างกัน เช่น รูปแบบการศึกษานำร่อง และสรุปว่าหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ หรือรูปแบบการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมนั้นในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร ซึ่งอาจจะสรุปประเด็นการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้ ดังนี้

1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ประเด็นสำคัญคือ การนำโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในหน่วยงานนั้นเป็นสิ่งที่ดีเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีประเด็นบางอย่างในหน่วยงานที่ไม่สอดคล้องกับนวัตกรรมนั้น ก็อาจจะเป็นการไม่เหมาะสมที่จะดำเนินโครงการนวัตกรรมนั้นถึงแม้จะพบว่าโครงการนั้นมีประสิทธิผลดีมากในหน่วยงานอื่น คำถามที่เป็นแนวทางในการประเมินการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่

- โครงการนั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่
- กลุ่มประชากรเป้าหมายในโครงการมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่
- ปรัชญาของการดูแลในโครงการแตกต่างจากปรัชญาของการดูแลในหน่วยงานหรือไม่

- จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการมากพอหรือไม่
- โครงการใช้เวลานานในการดำเนินงานและประเมินผลหรือไม่

2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศในองค์กร ความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกและความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิก ประเด็นสำคัญ คือ พยาบาลมีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการโครงการนวัตกรรมหรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่มีอำนาจเต็มที่ในการควบคุมโครงการจะต้องประเมินว่าโครงการนั้นสามารถจะขอความร่วมมือจาก

หน่วยงานหรือบุคคลใด และรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด แนวคำถามในการประเมินประเด็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ได้แก่

- พยาบาลมีอิสระในการดำเนินการโครงการหรือไม่
 - พยาบาลมีอิสระในการยุติการดำเนินการ โครงการถ้าพบว่าไม่ได้ผลหรือไม่
- เป็นที่ต้องการหรือไม่
- การดำเนินโครงการรบกวนการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่หรือไม่
 - ผู้บริหารสนับสนุนโครงการหรือไม่ บรรยาการในองค์กรนำไปสู่การดำเนินการโครงการหรือไม่
 - เจ้าหน้าที่และผู้บริหารมีความเห็นตรงกันว่าโครงการจะเป็นประโยชน์และสมควรดำเนินการทดสอบหรือไม่ มีการต่อต้านและไม่ร่วมมือในการดำเนินการและประเมินผลโครงการหรือไม่
 - การดำเนินการโครงการทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรมากน้อยเพียงใด โครงการได้รับการสนับสนุนหรือความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นหรือไม่
 - เจ้าหน้าที่พยาบาลมีทักษะในการดำเนินการโครงการหรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีความยากลำบากในการขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นในการฝึกทักษะที่จำเป็นหรือไม่ อย่างไร
 - หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการดำเนินการโครงการหรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีแนวทางในการได้สิ่งที่ต้องการหรือไม่
 - จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่พยาบาลจะละจากหน้าที่อื่นๆ เพื่อเรียนรู้การดำเนินการโครงการ
 - มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลทางคลินิกของโครงการหรือไม่

3) ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) การตัดสินใจใช้โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องมีการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินควรครอบคลุมกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และองค์กรในภาพรวม แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วย ถ้าอัตราเสี่ยงในการดำเนินโครงการนวัตกรรมมีสูง ประโยชน์ที่ได้จะต้องมีมากและนวัตกรรมนั้นจะต้องมาจากหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ แนวคำถามในการประเมินมีดังนี้

- ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการโครงการมีอะไรบ้าง
- ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินการโครงการมีอะไรบ้าง
- ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากยังคงปฏิบัติสิ่งที่ทำอยู่เดิมมีอะไรบ้าง

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินการโครงการมีอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายระยะสั้นเป็นอย่างไร ค่าใช้จ่ายระยะยาวเป็นอย่างไร ถ้าต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุถ้าไม่ดำเนินการโครงการเป็นอย่างไร เช่น โครงการมีประสิทธิผลที่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้หรือไม่
- ค่าใช้จ่ายส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินการโครงการเป็นอย่างไร เช่น คุณธรรมของเจ้าหน้าที่ต่ำลง เจ้าหน้าที่ลาออก เจ้าหน้าที่ลางาน เป็นต้น
- ประโยชน์ส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินการโครงการเป็นอย่างไร เช่น คุณธรรมของเจ้าหน้าที่สูงขึ้น เจ้าหน้าที่มาสมัครงานมากขึ้น เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4. การพัฒนาการใช้และการประเมินนวัตกรรม

(Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

การดำเนินการพัฒนาการใช้และประเมินโครงการนำร่องสำหรับนวัตกรรม โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) พัฒนาแผนการประเมิน เช่น ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิด จำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้ในโครงการนำร่อง เวลา และวิธีการที่จะวัดผลลัพธ์ 2) ประเมินข้อมูลพื้นฐานตามผลลัพธ์ที่กำหนดก่อนดำเนินโครงการ 3) พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ ภาษาที่ใช้เขียนต้องเป็นภาษาที่ผู้ใช้ อ่านแล้วเข้าใจง่าย อาจจะใช้แผนแสดงขั้นตอนของงาน (flow chart) หรือแผนภูมิช่วยในการตัดสินใจ (decision tree) 4) ประชาสัมพันธ์และฝึกเจ้าหน้าที่ในการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทดลองใช้แนวปฏิบัติในคลินิก 1 แห่งหรือมากกว่าด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง 6) ประเมินผลโครงการนำร่อง ทั้งกระบวนการ (ผู้ป่วยได้รับนวัตกรรมอย่างไร มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างไร ปัญหาในการดำเนินการมีอะไรบ้าง) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และประสิทธิผลเมื่อเทียบกับต้นทุน

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยการระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาเกิดจากการกระตุ้น 2 ทาง ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากประสบการณ์การทำงานในคลินิก (Problem-focused trigger)

เนื่องจากในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยจิตเวชรับไว้เป็นผู้ป่วยในดังนี้ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 981 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 1,052 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 1,286 ราย และในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 1,323 ราย (งานเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ไม่มีญาติ ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้ หลังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้นพบว่ามีปัญหาในการหาแหล่งที่อยู่ให้กับผู้ป่วย ไม่มีแหล่งรองรับหลังจำหน่าย บางรายต้องอยู่โรงพยาบาลนานหรือนักสังคมสงเคราะห์ต้องส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์ จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่นักสังคมสงเคราะห์ส่งสถานสงเคราะห์ดังนี้ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 35 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 44 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 42 ราย และในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 46 ราย (งานเวชระเบียน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) และในจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเข้าสถานสงเคราะห์ พบว่าส่วนหนึ่งหลบหนีออกจากสถานสงเคราะห์ หรือจากสภาพของคนที่มีความผิดปกติทางจิตประสาท ทำให้พลัดหลงออกจากสถานสงเคราะห์ โดยไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ต้องเร่ร่อนตามที่สาธารณะในลักษณะคนไร้บ้าน มีอาการทางจิตรุนแรงหรือก่อคดี และกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

จากการสอบถามพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อปัญหาในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขและคิดว่ารูปแบบการปฏิบัติและการดูแลหลังจำหน่ายเดิมยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยซึ่งรูปแบบการดูแลที่ผ่านมา คือ ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆที่เข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีการเตรียมจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพร้อมที่จะกลับไปอยู่ในชุมชน ในกรณีที่สามารถติดตามหาญาติได้ จะส่งผู้ป่วยให้ญาติรับกลับไปดูแล ในกรณีที่ไม่สามารถหาญาติได้ มีการประสานพื้นที่หาผู้ดูแลในชุมชน ประสานกับอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) พระเจ้าหน้าทีสาธารณสุข ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่ สามารถเดินทางไปรับประทานยาที่สถานเอนกนัยหรือศูนย์สาธารณสุขที่อยู่ใกล้ได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยทำได้จะให้ผู้ป่วยเดินทางไปรับประทานยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่ประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงบริการ ยากจน ในพื้นที่ไม่มียา การคมนาคมไม่สะดวก ทางสถาบันฯจะดำเนินการส่งยาให้ทางไปรษณีย์ โดยการดำเนินการทำบัตรผู้พิการให้ และประสานให้โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ลงไปช่วยดูแล หลังส่งผู้ป่วยลงพื้นที่ให้

เครือข่ายดูแล ภายหลังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ กลับมาเรื้อรัง ขาดยา อาการทางจิตกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้ หรือครอบครัวไม่สามารถรับผู้ป่วยไปดูแลได้ นักสังคมสงเคราะห์ของสถาบันฯ จะประสานงานกับสถานสงเคราะห์ เพื่อส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ เช่น สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแก จังหวัดเพชรบุรี สถานสงเคราะห์ประจวบโชค จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี นักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์นั้นๆ จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป ทั้งในเรื่องการดูแลด้านปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดในโรงพยาบาลพื้นที่ ดูแลการรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะส่งกลับมาที่สถาบันฯ ในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองและอยู่ด้วยความสมัครใจ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่หลบหนีออกจากสถานสงเคราะห์มาเรื้อรังในชุมชนอีก ทำให้คนกลุ่มนี้ขาดยา อาการทางจิตกำเริบ และเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์จากกรณีศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จำนวน 10 ราย โดยการศึกษาประวัติความเจ็บป่วยจากแฟ้มเวชระเบียน การสอบถามข้อมูลจากตัวผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่เคยปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สรุปปัญหาของผู้ป่วยได้ดังนี้

รายที่ 1 รับครั้งที่ 2 คติลักษณ์ อายุ 18 ปี วินิจฉัย Epilepsy, Conduct disorder, Moderate Mental Retardation ไม่ได้เรียนหนังสือ โสด พบว่า บิดามารดาแยกทางกัน บิดามีครอบครัวใหม่ และจากการเตรียมชุมชนพบว่าในครอบครัวของผู้ป่วยมีคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต 5-6 คนที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย ประกอบอาชีพเก็บของเก่าขาย มีฐานะยากจน ไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย เวลาที่ผู้ป่วยอยู่บ้านไม่รับประทานยา มีอาการคลุ้มคลั่ง ทำร้ายญาติ ทางสถาบันฯเคยรับผู้ป่วยไว้ครั้งที่ 1 และส่งเข้าสถานสงเคราะห์ ผู้ป่วยหลบหนีออกจากสถานสงเคราะห์ และก่อคดีทำร้ายร่างกาย จึงกลับมารักษาซ้ำในสถาบันฯ มีประวัติใช้ยาบ้า หลังจำหน่ายส่งสถานสงเคราะห์

รายที่ 2 รับครั้งที่ 1 คติบุกรก อายุ 18 ปี วินิจฉัย Severe Mental Retardation and Psychotic Disorder ไม่ได้เรียนหนังสือ โสด หลังถูกจับผู้ป่วยได้ตอบไม่ได้เรื่องราว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองไม่ได้ บอกได้แค่ว่าตนชื่ออะไร หลังการรักษาจนสามารถติดตามญาติได้ พบว่าบิดามารดาแยกทางกัน มารดามีสามีใหม่ ผู้ป่วยมักถูกพ่อเลี้ยงทำร้ายร่างกายเป็นประจำ มารดามีอาชีพรับจ้างก่อสร้าง และดื่มสุราเป็นประจำ มีฐานะยากจนไม่สามารถที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลได้ หลังจำหน่ายส่งสถานสงเคราะห์

รายที่ 3 รับครั้งที่ 2 คดีลักทรัพย์ อายุ 46 ปี วินิจฉัย Schizophrenia การศึกษา ป. 6 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมาก ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับญาติพี่น้องได้ หลังการรักษา จนอาการทางจิตดีขึ้นและติดตามญาติได้พบว่าผู้ป่วยเคยแต่งงานมีบุตร 1 คน แต่เลิกกับภรรยา ลูกไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ญาติพี่น้องมีฐานะปานกลางแต่ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยไปดูแล หลังจำหน่ายส่งสถานสงเคราะห์

รายที่ 4 รับครั้งที่ 5 อายุ 67 ปี วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia การศึกษา ป. 6 โสัด ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หูแว่วเสียงคนด่าว่าเห็นภาพหลอนเป็นผี หงุดหงิดจะทำร้ายเจ้าอาวาส ผู้ป่วยไม่มีญาติพี่น้อง จึงถูกส่งไปอยู่วัดกับเจ้าอาวาสซึ่งเป็นคนรู้จัก ขณะอยู่ที่วัดช่วยงานได้เล็กน้อย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นคิดว่าตนเองหายแล้วไม่ต้องรับประทานยา มีการใช้สุราร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา มีอาการทางจิตกำเริบและเข้ารับการรักษาที่สถาบันฯเป็นช่วงๆ โดยเจ้าหน้าที่สถาบันฯดูแลส่งยาให้ทางไปรษณีย์ เวลาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบทางสถาบันฯต้องไปรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล หลังอาการดีขึ้นส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่วัดและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขกรุงเทพมหานครดูแล

รายที่ 5 รับครั้งที่ 1 คดี สูดดมสารระเหย อายุ 49 ปี วินิจฉัย Schizophrenia การศึกษาไม่สามารถบอกได้ ผู้ป่วยพูดคุ้ยไม่ได้เรื่องราว มีหูแว่ว พูดคนเดียวให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองไม่ได้ ไม่สามารถติดตามญาติได้ จากการติดตามลงไปในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยได้รับคำตอบว่าไม่ทราบผู้ป่วยเป็นใครมาจากไหน แต่มักเห็นผู้ป่วยอยู่บริเวณสถานีรถไฟ เก็บของเก่าขาย แต่งตัวสกปรกมอมแมม สูดดมสารระเหย จากการติดตามเข้าไปในทะเบียนราษฎร ไม่พบข้อมูลของผู้ป่วย หลังจำหน่ายส่งสถานสงเคราะห์และจากการติดตามไปยังสถานสงเคราะห์พบว่าผู้ป่วยหลบหนีออกมาจากสถานสงเคราะห์

รายที่ 6 รับครั้งที่ 8 อายุ 41 ปี วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia การศึกษา ป. 6 ผู้ป่วยเคยมารักษาที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์หลายครั้งนักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการส่งกลับเชิงรายและกลับมาเร่ร่อนหางานทำที่กรุงเทพหลายครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจคนอื่นคิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง ไม่ได้รับความเป็นธรรม เข้าไปร้องเรียนที่สภา เขียนจดหมายถึงนายกรัฐมนตรี มีประวัติขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีประวัติบิดามารดาแยกทางกัน ผู้ป่วยอยู่กับพ่อเลี้ยงและมารดา เคยแต่งงานแต่ถูกภรรยาฟ้องหย่าเนื่องจากอาการทางจิต บุตร 2 คนอยู่กับภรรยา ญาติพี่น้องมีความขัดแย้งกันต่างคนต่างอยู่ ช่วงวัยรุ่นผู้ป่วยเกรงไม่เรียนหนังสือ หนีเรียน ชกต่อยเพื่อน หนีออกจากบ้าน นอนตามบ้านเพื่อน นอนตามวัด ใช้สารเสพติด เช่น กัญชา สารระเหย ไม่ได้ส่งสถานสงเคราะห์เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธและเข้ามาเร่ร่อนในกรุงเทพ ขาดการรักษา

รายที่ 7 รับครั้งที่ 2 คดีฆ่าผู้อื่น อายุ 41 ปี วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia การศึกษา ป. 6 ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง หูแว่ว กลัวคนมาทำร้าย มีประวัติขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง แต่งงาน แต่ภรรยามีสามีใหม่ บุตร 2 คน ทำงานอยู่กรุงเทพแต่ไม่เคยมาเยี่ยมผู้ป่วย จากการติดตาม ภรรยาและญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ให้เหตุผลว่ากลัวผู้ป่วยเนื่องจากเวลากลับไปอยู่ บ้านไม่รับประทานยา คี๋มสุราเป็นประจำ จนอาการทางจิตกำเริบควบคุมตนเองไม่ได้ ก่อคดี ปัจจุบันยังจำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ เนื่องจากเรื่องของกฎหมายและญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแล

รายที่ 8 รับครั้งที่ 2 อายุ 53 ปี วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia การศึกษา ป.6 โสด ผู้ป่วยมาด้วยอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ระแวงว่ามียาพิษใส่ในอาหาร รับประทานยาไม่ ต่อเนื่อง กลางคืนไม่นอน บิดามารดาเสียชีวิตหมดแล้ว ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน อยู่กับน้องชายที่แต่งงาน มีครอบครัว ภรรยาและบุตรน้องชายกลัวผู้ป่วย ไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล น้องชายสนใจ ผู้ป่วยดี แต่มีข้อจำกัดเรื่องครอบครัว หลังจำหน่ายส่งสถานสงเคราะห์

รายที่ 9 รับครั้งที่ 10 อายุ 37 ปี วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia การศึกษา ป.6 โสด ผู้ป่วยมาด้วยอาการหูดหึ่ง ก้าวร้าว อาละวาด ทำร้ายญาติ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ไม่ รับประทานยา คนในชุมชนกลัวผู้ป่วยไม่อยากให้กลับไปอยู่ในชุมชน ทางสถาบันฯเคยส่งผู้ป่วยไป อยู่สถานสงเคราะห์และหนีออกมา มีประวัติใช้สารเสพติด ยาบ้า สุรา หลังจำหน่ายส่งสถาน สงเคราะห์

รายที่ 10 รับครั้งที่ 2 อายุ 26 ปี วินิจฉัย Schizophrenia การศึกษา ม.3 ดำรงงานส่ง เนื่องจาก มีอาการอะละเว่นวาย ไหล่ชกต่อฆ่าผู้อื่น เคยรักษาที่สถาบันฯ แต่หลังจากนักสังคม สงเคราะห์ส่งกลับครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธความ เจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ดมกาว คี๋มสุราทุกวัน มีพฤติกรรมที่เสี่ยงทางเพศต่อเด็กผู้หญิงในชุมชน จาก การติดตามลงไปชุมชนพบว่า บิดา มารดา น้องชายเสียชีวิต ผู้ป่วยปลูกบ้านอยู่คนเดียว คณะกรรมการชุมชนหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลและให้ทำงาน เช่น สร้างส้วม ต่อไฟ แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ไม่ดี ชุมชนเกิดความหวาดกลัวผู้ป่วย ไม่ต้องการรับผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน หลังจำหน่ายส่งสถาน สงเคราะห์

จากข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 10 ราย ผู้ศึกษาได้สรุปให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เป็นคนไร้บ้าน และการเป็นคนไร้บ้านซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันฯ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มี งานทำ โสด และหย่าร้าง ใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า สารระเหย กาว
2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและอาการทางจิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติความเจ็บป่วย ทางจิตมานาน ได้รับการรักษาหลายครั้ง แต่พบว่าการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ปฏิเสธความ

เจ็บป่วยทางจิต ไม่ร่วมมือรับประทานยา ขาดยา ใช้สารเสพติด มีอาการทางจิตกำเริบ หวาดระแวง ก้าวร้าว ทำร้ายญาติ ก่อคดี คนในชุมชนและครอบครัวหวาดกลัวผู้ป่วย หรือมีอาการทางจิตมาก ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้

3. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยหลายคน บิดามารดาแยกทางกัน มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว ญาติพี่น้องมีความขัดแย้งกัน ต่างคนต่างอยู่ญาติพี่น้องไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว

4. ปัจจัยด้านสังคมหรือชุมชน คนในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หวาดกลัวผู้ป่วย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านจากการปฏิบัติงานและจากกรณีศึกษาจำนวน 10 ราย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องมาก ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพราะอาการสงบ แต่อาการหลงผิดอาจยังคงอยู่ ปฏิเสธการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรับประทานยา ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือเป็นที่รังเกียจของคนในชุมชน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน ที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการสม่ำเสมอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งการช่วยเหลือต้องการความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย ในการป้องกันหรือลดอาการกำเริบทางจิตรุนแรงซ้ำ ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงรูปแบบและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพต่อไป

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focus trigger)

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีประวัติมีมียาจน วางงาน หรือได้รับค่าจ้างที่ต่ำ การขาดรายได้ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีไม่เพียงพอ (Peterson, 1993) มีรูปแบบการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ผลจากการใช้สุราหรือสารเสพติด การขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ทำให้ศักยภาพในการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ทักษะในการดำเนินชีวิต การทำงานลดลง มีปัญหาในการดูแลตนเอง (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olfson et al., 1999) หรือจากการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มาจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดความรัก ความผูกพันเมื่อ

เจ็บป่วยทางจิตหรือป่วยซ้ำบ่อยๆ มีผลทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากญาติ ญาติปฏิเสธการให้การช่วยเหลือดูแล (Caton et al, 1994) รวมทั้งรูปแบบการบริการติดตามดูแลเมื่อมีปัญหา หรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสมผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลายเป็นไร้บ้าน (Lamb & Lamb, 1990) และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ชุมชน สังคม กล่าวคือ ผลจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความด้อยสมรรถภาพในการดูแลตนเองหรือการทำกิจวัตรประจำวัน มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม บุคคลกลุ่มนี้จะขาดปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังทางกายสูงกว่าคนไร้บ้านที่ไม่มีการป่วยทางจิตร่วมด้วย มีความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Peterson, 1993) การขาดคนดูแล ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการที่มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอยู่ในชุมชน และมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของชุมชน (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990) และผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณของรัฐต้องเสียเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีบ้านหรือมีครอบครัวสนับสนุนดูแล และการที่รัฐต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการในสถานสงเคราะห์ และบริการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Corrigan et al., 2008)

ในปัจจุบันการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดที่ช่วยลดอาการทางจิต ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนที่ไร้บ้านและส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีหลายวิธีโดยการบำบัดที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ 1) intensive case management 2) outreach program 3) residential treatment program 4) assertive community treatment (Hwang et al., 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้ เน้นการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปรึกษาหารือกันในการวินิจฉัยปัญหา วางแผนการบำบัดดูแล และประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีผู้บำบัดดูแลเฉพาะแต่ละคน โดยมีการแบ่งจำนวนผู้ดูแล (ซึ่งเป็นสมาชิกในทีม) ต่อผู้ป่วยในสัดส่วนประมาณ 1:10 (shared caseloads) และทีมจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีม การให้การบำบัดดูแลจะให้บริการในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ คือ

1. ด้านการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เป็นการดูแลโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การดูแลเรื่องยา (medical support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ การช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง การบำบัดสารเสพติด การให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องของสารเสพติดแก่ผู้ป่วย ซึ่งให้การบำบัดแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) เช่น การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล 3) การให้การปรึกษา (counseling) ได้แก่ การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการระบายความรู้สึกและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะบำบัดดูแล โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหา (problem-oriented approach) เช่น ปัญหาเรื่องการทำงาน ที่อยู่อาศัย การกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการสนทนา การสื่อสาร การสอนทักษะการแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด การให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวในกรณีสามารถหาครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ซึ่งประกอบด้วย 1) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) ทักษะการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย 2) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด (stress management) หรือ ด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับการสร้างความสมดุลของชีวิต การสร้างคุณค่า ความหมายให้ชีวิต 3) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management) ได้แก่ การช่วยผู้ป่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การทำบัญชีค่าใช้จ่าย การชำระเงิน การบริหารรายรับรายจ่ายประจำวัน และรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยบริหารจัดการเงินเอง

3. ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง และการส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคนในชุมชนช่วยเหลือสนับสนุน ให้ความรู้ การประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ได้แก่ การช่วยจัดหาที่พักที่เหมาะสมปลอดภัยให้กับผู้ป่วย 2) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ได้แก่

การช่วยเหลือเกี่ยวกับงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิทธิบัตรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตและที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล 3) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) จัดให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน

การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ส่งเสริมการบำบัดรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่อาการกำเริบ และต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Corrigan et al., 2008) ผลลัพธ์จากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สามารถทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Pratt et al., 2007)

ขั้นตอนที่ 2. รวบรวมและประเมินหลักฐาน (Assembling and evaluation evidence)

ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

“การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ควรมีวิธีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น”

P (Population): ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (homeless persons with mental illness)

I (Intervention): โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment)

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (reducing hospitalization) ลดการเป็นคนไร้บ้าน (reducing homelessness) ผลลัพธ์รอง คือ ลดอาการทางจิต (reducing psychiatric symptoms) เพิ่มคุณภาพชีวิต (increasing quality of life)

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

- Population: severe mental illness, psychotic disorder, homeless persons, homelessness
- Intervention: assertive community treatment, intensive case management
- Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
- Outcome: hospitalization, psychiatric symptoms, quality of life

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มีเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย

3.1.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอายุ 18 ปี ขึ้นไป และวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดอาการทางจิต (reducing psychiatric symptoms) ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (reducing hospitalization) ลดการเป็นคนไร้บ้าน (reducing homelessness) เพิ่มคุณภาพชีวิต (increasing quality of life)

3.1.2 เลือกชนิดของงานวิจัยทั้ง Systematic review, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trials, Quasi-experimental study ทั้งในและต่างประเทศ โดยระบุปีที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990 - ค.ศ. 2008 และเลือกเฉพาะ full text ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3.2 กำหนดฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบข้อมูลต่างๆ ได้แก่

3.2.1 จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ MEDLINE, Pub Med, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell-synergy

3.2.2 Hand search

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ห้องสมุดสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น Hospital and Community Psychiatry เป็นต้น

3.2.3 ผลการสืบค้น

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่มีการวิเคราะห์ห่อถิมาน (Meta-Analysis) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial) จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

1. Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399.
2. Hwang, S. W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C. (2005). Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311-324.
3. Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1038-1043.
4. Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L. (1997). Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 341-348.
5. Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons. *Psychiatric Service*, 48(4), 497-503.
6. Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1010.

3.2.4 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) โดยใช้การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Polit & Beck (2006) และประเมินลำดับความเข้มแข็งตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์มี 3 องค์ประกอบ (Polit & Beck, 2006) ดังนี้คือ

1.1 ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) โดยพิจารณางานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาล มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

1.2 การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทูสนับสนุน ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์เหมาะสม การใช้สถิติในการวิเคราะห์เหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

1.3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implemental potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลักคือ

1.3.1 Transferability of finding หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะที่ได้ว่า มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ปรัชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

1.3.2 Feasibility of implementation หมายถึง ความเป็นไปได้เชิงสภาพแวดล้อมทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ไปปฏิบัติได้จริงใน

หน่วยงานนั้น ประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะนั้น การปฏิบัตินี้รบกวนการทำงานอื่นๆของบุคลากรหรือไม่ ประเมินความเห็นชอบของผู้บริหารและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเห็นด้วยกับวิธีปฏิบัติการพยาบาลวิธีใหม่นี้หรือไม่ นอกจากนี้ถ้าจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะของบุคลากรในหน่วยงานโดยการฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ทรัพยากรดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

1.3.3 Cost - benefit ratio หมายถึง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการที่จะนำวิธีปฏิบัติงานวิธีใหม่เข้ามาใช้ในหน่วยงาน จะเกิดความเสียหายหรือเป็นผลเสียกับผู้บริหารหรือไม่ เกิดประโยชน์กับผู้บริหารด้านใดบ้าง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนำรูปแบบใหม่ที่ได้จากข้อเสนอแนะมาใช้กับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบเดิมต่างกันมากน้อยเพียงใด เปรียบเทียบทั้งค่าใช้จ่ายจากของสถานพยาบาลและผู้บริหารรวมทั้งการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับ

2. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

Level I หมายถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) จากงานวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized Controlled Trial: RCT) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือ แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

Level II หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย Randomized Controlled Trial

Level III หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย A Quasi-Experimental ที่เป็งานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี โดยไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Level IV หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control, Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทศนะของผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นนั้นๆ และ/หรืองานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ มีจำนวน 6 เรื่อง ดังแสดงไว้แล้วข้างต้น หลังจากอ่านบทบทวน ทั้ง 6 เรื่อง แล้วพบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และมีจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์รายละเอียดเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ดังนี้

เรื่องที่ 1 ชื่อเรื่อง The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis.

ชื่อผู้วิจัย Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007)

แหล่งที่พิมพ์ American Journal of Psychiatry, 164, 393-399.

ระดับของงานวิจัย Meta-Analysis; Level II

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในการฟื้นฟูคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (severe mental illness)

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

1) ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยในฐานข้อมูล MEDLINE (1966–2003), PubMed (1950–2003), the Cochrane Database of Systematic Reviews, and PsycINFO (1974–2003)

2) ค้นโดยใช้คำหลัก คือ assertive community treatment (keywords: assertive community treatment or case management or intensive case management) severe mental illness (keywords: severe mental illness or community mental health services or psychotic disorders or schizophrenia) homelessness (keywords: homeless persons or homeless or homelessness)

3) ค้นหางานวิจัยเชิงทดลองและการสังเกตจำกัดเฉพาะคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต มี 10 งานวิจัยที่เข้า criteria มี 6 งานวิจัยเป็นการศึกษาเชิงทดลอง (randomized controlled trials) เปรียบเทียบการดูแลแบบ assertive community treatment กับ standard case management งานวิจัยการสังเกต (observational studies) จำนวน 4 เรื่องเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment

ผลการศึกษา

จากงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trials) พบว่า assertive community treatment สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้มากกว่า standard case management 37% (95% CI=18%–55%, $Z=3.85$, $p=0.0001$) ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า standard case management อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ([10%] 95% CI= -7%–27%, $Z=1.17$, $p=0.24$) ลดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ 26% (95% CI=7%–44%, $Z=2.76$, $p=0.006$) เมื่อเปรียบเทียบกับ standard case management จากงานวิจัยการสังเกต (observational studies) เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment พบว่าหลังเข้าโปรแกรมสามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้ ([104%] 95% CI=67%–141%, $Z=5.50$, $p<0.0001$) ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ([69%] 95% CI=60%–78%, $Z=5.21$, $p<0.0001$) หลังเข้าโปรแกรมทำให้อาการทางจิตดีขึ้น 62% (95% CI=0%–124%, $Z=1.96$, $p=0.05$)

สรุป

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สามารถทำให้อาการทางจิตที่รุนแรง การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเป็นคนไร้บ้านลดลง

เรื่องที่ 2 ชื่อเรื่อง Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review.

ชื่อผู้วิจัย Hwang, S.W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C. (2005)

แหล่งที่พิมพ์ American Journal of Preventive Medicine, 29(4), 311-324.

ระดับของงานวิจัย Systematic Review; Level II

วัตถุประสงค์ เพื่อต้องการค้นหา รวบรวมโปรแกรมที่จะดูแลด้านสุขภาพของคนไร้บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย

1) ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1988-2004 ในฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL, HealthStar, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services ค้นหาในเดือนกรกฎาคม 2004

2) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น Intervention, Homeless, Homeless person, Homelessness Outcome; Physical health, Mental Health, Substance use, HIV risk behavior, health care utilization, adherence to health care, Quality of life

3) ใช้การประเมินจากโปรแกรมการดูแล จากกลุ่มเปรียบเทียบและการรายงานผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่ให้ผลดีในการทำให้ภาวะสุขภาพของคนไร้บ้านดีขึ้น เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCTs), Prospective longitudinal studies, Retrospective studies

ผลการศึกษา

จากการค้นหาข้อมูล พบงานวิจัยเกี่ยวกับคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด 17 เรื่อง โดยแบ่งตามโปรแกรมต่างๆ ดังนี้

5 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย RCT ที่ใช้ intensive case management เปรียบเทียบการดูแลแบบ drop-in center service, temporary housing, rehabilitation services พบว่า intensive case management ให้ผลดีกว่าในด้านทำให้อาการทางจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติที่ได้รับ งานวิจัย Longitudinal cohort study ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ outreach, case management, residential treatment พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมทำให้อาการทางจิต (psychological distress) ดีขึ้นและลดการใช้สุราและสารเสพติด งานวิจัย Retrospective studies เปรียบเทียบคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงที่ได้รับ support housing กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ support housing พบว่ากลุ่มที่ได้รับ support housing ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับ housing intervention ร่วมกับการดูแลแบบ case management ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลแบบ case management เหมือนกัน จากการศึกษาพบว่าให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันในเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3 เรื่อง เป็นงานวิจัย RCTs ที่ประเมินผลโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ทีมการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตเป็นคณะทำงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเรื่อง การรับประทานยา การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน (crisis intervention) ในชุมชน งานวิจัย เรื่องที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ สามารถ ลด psychiatric hospitalizations งานวิจัยเรื่องที่ 2 การบำบัดแบบ assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ brokered case management พบว่า assertive community treatment สามารถทำให้อาการทางจิตดีขึ้นกว่าการบำบัดแบบ brokered case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยเรื่องที่ 3 การบำบัดแบบ assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลในคลินิกผู้ป่วยนอก (drop-in center service) พบว่าโปรแกรม assertive community treatment ไม่ได้ช่วยให้มีอาการทางจิตดีขึ้น หรือลดการใช้สารเสพติด

6 เรื่อง รายงานในเรื่อง Access to Community Care and Effective Service and Supports (ACCESS) Program เป็นการบริการแบบที่มีหน่วยงานกลาง (system service) คอยประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างเป็นระบบ พบว่าการมีหน่วยงานคอยประสานช่วยให้หน่วยบริการต่างๆมีกระบวนการทำงานประสานกันมากขึ้นแต่ไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลออกมาดีขึ้น

1 เรื่อง ศึกษาในทหารผ่านศึกที่มีความเจ็บป่วยที่ได้รับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ (Social Security benefits) พบว่าช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ได้มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิต การรับประทานยา การใช้สุรา สารเสพติด

สรุป

การดูแลแบบ intensive case management ให้ผลดีในด้านลดอาการทางจิตและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การดูแลแบบ outreach, case management, residential treatment ทำให้อาการทางจิต (psychological distress) ดีขึ้น ลดการใช้สุราและสารเสพติด การดูแลแบบ assertive community treatment ลด psychiatric hospitalizations และทำให้อาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับแบบ brokered case management

เรื่องที่ 3 ชื่อเรื่อง A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness.

ชื่อผู้วิจัย Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T. (1997)

แหล่งที่พิมพ์ Archives of General Psychiatry, 54(11), 1038-1043.

ระดับของงานวิจัย Randomized controlled trial; Level II

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) ในกลุ่มคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง (severe and persistent mental illness) จากผู้ป่วยทั้งหมด 183 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 152 (83%) คน มาจากผู้ป่วยใน 44 คน จาก 49 คน คิดเป็น 90% มาจากผู้ป่วยนอกที่อาศัยอยู่ในชุมชน 108 คน จาก 134 คน คิดเป็น 80.6% มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าโปรแกรม ACT 77 คน (22 คนมาจากผู้ป่วยใน 55 คนมาจากในชุมชน) และ 75 คน เข้าโปรแกรมการดูแลตามปกติ (22 คนมาจากผู้ป่วยใน 53 คนมาจากในชุมชน)

การบำบัด

1. โปรแกรม ACT 1) เป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) มีทีม ACT ดูแลและสามารถติดต่อบุคลากรได้ตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) มีบุคลากรทำงานเต็มเวลาวันละ 12 ชั่วโมง 3) หัวหน้าทีม (program director) เป็นนักสังคมสงเคราะห์จบการศึกษาปริญญาโท 4) มีนักจิตวิทยาและ มีบุคลากรที่บริหารจัดการเรื่องยา ทำงานตลอดเวลา 5) มีผู้จัดการรายกรณี 6 คน (clinical managers or case managers) ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และ คนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6) มีคนที่ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2 คน (consumer advocates) 7) มีเลขาคอยให้การต้อนรับ 8) มี part-time family outreach worker จากสหพันธ์ของ Mentally Ill ของ Baltimore และ part-time nurse practitioner ให้การดูแลด้านโรคเรื้อรังทางกาย (chronic medical problem) 9) ผู้ป่วยแต่ละคนถูกจัดให้เข้า mini-team และให้การดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี อัตราส่วนผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วย (1:10-12) ร่วมกับนักจิตวิทยาและconsumer advocates ในทีม ACT consumer advocates จะทำหน้าที่ในการตัดสินใจและมีความรู้ในเรื่องของผู้ป่วย staff มีการพูดคุยกันถึงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและวางแผนการดูแลในวันต่อไป ทีมมีการประชุมวางแผนการรักษา 2 สัปดาห์/ ครั้ง โปรแกรมมีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) และ Dixon, Krauss, Kernan, Lehman, DeForge (1995) นำมาประยุกต์ใช้โดยแบ่งระยะการบำบัดเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

1) ระยะ Engagement

วัตถุประสงค์ (1) ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินหรือมีอาการทางจิตรุนแรง (2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนและสังคม

วิธีดำเนินการ (1) ผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้หาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) (2) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ได้แก่ การเอื้ออำนาจเกี่ยวกับสิทธิบัตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล (3) ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call)

2) ระยะ Stabilization

วัตถุประสงค์ (1) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (2) เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนและส่งเสริมสุขภาพ (3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการ (1) การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การดูแลเรื่องยา (medication support) การทำ psychotherapy (supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy) การให้การปรึกษา (counseling) สอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหา (2) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) สอนให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management) ได้แก่ การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน (3) ด้านรายได้ (income) การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง การรับเงินช่วยเหลือ (payee services) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ (4) ด้านการใช้สารเสพติด (substance abuse) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลหรือแบบกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องของสารเสพติด เช่น Motivational interviewing, Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous (5) ด้านครอบครัว (family issues) ค้นหาครอบครัวให้กับผู้ป่วย ในกรณีสามารถติดต่อครอบครัวได้ ให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ประสานให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (6) ด้านความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) และการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

3) ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment เป็นระยะที่ติดตาม สนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ยังต้องได้รับการติดตามดูแล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหารุนแรงและต้องมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

4) ระยะจำหน่าย (Discharge) ในโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตามความต้องการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาโปรแกรมใหม่ได้

2. โปรแกรมการดูแลตามปกติ 1) มีบุคลากรดูแลในสถานบริการ ให้บริการในระยะวิกฤตฉุกเฉิน 2) เป็นการดูแลแบบ case management ให้การสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพดูแลสุขภาพพื้นฐาน ผู้ป่วยต้องเข้ามาใช้บริการในสถานบริการ 3) เป้าหมายการดูแลด้านสุขภาพคน

ไร้บ้านคือ การสนับสนุนให้คนเหล่านี้แสวงหาบริการด้านสุขภาพ ส่งเสริมและส่งต่อไปยังหน่วยบริการดูแลด้านสุขภาพ 4) จัดหาเครือข่ายสำหรับคนไร้บ้าน เช่น shelters, missions, soup kitchens

โครงการนี้มีการเพิ่มในเรื่องการจัดหาที่พักให้สำหรับกลุ่มตัวอย่างในตอนแรกที่เข้าโปรแกรมทั้งโปรแกรม ACT และการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษา

ประเมินผลการศึกษาเป็นระยะคือ 2, 6, 12 เดือน มีการพบปะกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้งต่อเดือน ในช่วงที่อาศัยอยู่ในที่พักเพื่อติดตามและให้ข้อมูลความรู้ ในแต่ละเดือนจะประเมินในเรื่องของรูปแบบการบริการ ความเสี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT สามารถลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยในและลดการใช้บริการในหน่วยบริการฉุกเฉินได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ACT program subject adjusted mean = 0.8 visits, SEM = 0.3; comparison subject adjusted mean = 2.0, SEM = 0.3; ANCOVA $f=6.96$, $df=1,144$ $P=.009$) ใช้บริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ACT program subject adjusted mean = 102.7, SEM = 6.4; comparison subject adjusted mean = 39.5, SEM = 6.6; ANCOVA $f=45.6$, $df=1,144$ $P<.001$) ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับ substance abuse treatment มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ACT program subject adjusted mean = 19.0 visits, SEM = 3.0; comparison subject adjusted mean = 4.9, SEM = 3.1; ANCOVA $f=10.8$, $df=1,144$ $P=.001$) มีจำนวนวันอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวนวันอาศัยอยู่บนถนนอยู่นอก shelter ลดลงเฉลี่ย 58% และจำนวนวันอาศัยอยู่ในคุกลดลงเฉลี่ย 53% แต่แตกต่างกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) ความพึงพอใจในเรื่องการจัดที่พักให้มากกว่าการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผล 6 เดือนคือ ACT program subject = 4.99, SEM = 0.16 vs comparison subject = 4.46, SEM = 0.17 (ANCOVA $F=5.18$, $df=1,139$, $P=.02$) ส่วนการดีขึ้นของอาการทางจิตประเมินในระยะ 2 เดือน : 4.10 (SEM = 0.10) vs 3.61 (SEM = 0.10) (ANCOVA $F=11.88$, $df=1,147$, $P=.001$) ในระยะ 6 เดือน : 4.24 (SEM = 0.10) vs 3.68 (SEM = 0.10) (ANCOVA $F=15.34$, $df=1,147$, $P<.001$) ในระยะ 12 เดือน : 4.12 (SEM = 0.11) vs 3.77 (SEM = 0.11) (ANCOVA $F=5.04$, $df=1,121$, $P=.03$)

สรุป

โปรแกรม ACT สามารถลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดการใช้บริการในหน่วยบริการฉุกเฉิน มีจำนวนวันอาศัยอยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้น อาการทางจิตลดลง มีความพึงพอใจในเรื่องการจัดที่พักให้มากกว่าการดูแลตามปกติ

เรื่องที่ 4 ชื่อเรื่อง Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients.

ชื่อผู้วิจัย Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L. (1997)

แหล่งที่พิมพ์ American Journal of Psychiatry, 153(3), 341-348.

ระดับของงานวิจัย Randomized experiment แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม; Level II

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเรื่องค่าใช้จ่ายของโปรแกรมที่ใช้สำหรับดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (severe mental illness) และกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน (อาศัยในบ้านพักฉุกเฉิน (emergency shelters) คือ 1. brokered case management 2. assertive community treatment alone 3. assertive community treatment with community workers

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เป็นคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงและกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน จำนวน 85 คน เข้าโปรแกรม assertive community treatment 28 คน, community treatment with community workers 35 คน, brokered case management 22 คน

การบำบัด

1) **Brokered case management** เป็นโปรแกรมที่ผู้จัดการรายกรณี ประเมินความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย พัฒนาแผนการดูแล การเตรียมการดูแลด้านสุขภาพจิต การฟื้นฟูด้านจิตสังคม และการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้าน

2) **Assertive community treatment only** ประกอบด้วยการให้บริการในชุมชน (outreach) การให้บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) การช่วยเหลือให้เข้าถึงแหล่งช่วยเหลือระบบการขนส่ง การฝึกทักษะชีวิตในการดำรงชีวิตประจำวัน (skill training and assistance in activities of daily living) การจัดการกับอาการ (symptom management) การให้คำปรึกษา (supportive counseling) และการบริการด้านสุขภาพจิต การบริการส่วนใหญ่จะเข้าไปในชุมชนมากกว่าการใช้บริการในหน่วยบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ทีมผู้บำบัดมีข้อแตกต่างจากโปรแกรมพื้นฐานของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน คือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชน แต่จะให้การบริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน

3) **Assertive community treatment with community workers** โปรแกรมจะเหมือนกับ assertive community treatment only ยกเว้นผู้ป่วยจะถูกจัดให้บุคลากรที่ทำงานในชุมชนและ

ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community workers) เข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยในการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครและได้ค่าจ้างขั้นต่ำ (paid the minimum wage)

ผลการศึกษา

หลังการประเมิน 18 เดือน พบว่าผลลัพธ์ของการบริการทั้ง 3 รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=44.19$, $df=2$, 82 , $p<0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment only, assertive community treatment with community workers พบว่ามีการพบปะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าโปรแกรม broker case management ที่ $p<0.05$ มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม broker case management ($F=4.50$, $df=2$, 74 , $p<0.01$) สามารถทำให้อาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.12$, $df=2$, 78 , $p=0.001$) และผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ได้รับความรู้แบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทั่วไปและใช้ระยะเวลานั้น ในขณะที่การบำบัดแบบโปรแกรม broker case management ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช และได้รับการรักษานานกว่า ในด้านการมีบ้านอยู่ (stable housing) พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ($F=1.17$, $df=2$, 81 , $p<0.31$) แต่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ทั้งสองแบบ จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของที่พักมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม broker case management แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 13–18 ($F=1.33$, $df=2$, 82 , $p<0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment only ใช้บริการ drop-in center น้อยกว่าในอีก 2 โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 7–12 ($F=4.07$, $df=2$, 82 , $p<0.05$) และน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment with community workers ในเดือนที่ 13–18 ($F=3.09$, $df=2$, 82 , $p<0.05$) การประเมินในเรื่องค่าใช้จ่าย ประเมินหลังเดือนที่ 18 ในแต่ละโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละโปรแกรม assertive community treatment \$ 49,510 assertive community treatment with community workers \$39,913 brokered case management \$45,076 โดยภาพรวมจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ใช้เงินมากกว่าแต่ถ้าเปรียบเทียบแล้วพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=1.88$, $df=3$, 81 , $p<0.14$, $R^2=0.07$)

สรุป

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรม assertive community treatment ให้ผลดีในเรื่องการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องที่พัก อาการทางจิตลดลง ลดระยะเวลาและการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีความพึงพอใจมากกว่าโปรแกรม

brokered case management แต่ค่าใช้จ่ายในเรื่องของการมีบ้านอยู่ (stable housing) ไม่แตกต่างกัน โดยโปรแกรม assertive community treatment ใช้เงินในเรื่อง housing subsidies ส่วน brokered case management ใช้เงินในเรื่อง emergency shelter

เรื่องที่ 5 ชื่อเรื่อง An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons.

ชื่อผู้วิจัย Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B., & Ahmad, L. (1997)

แหล่งที่พิมพ์ Psychiatric Service, 48(4), 497-503.

ระดับของงานวิจัย Randomized experiment แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม; Level II

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ case management 3 รูปแบบ เพื่อกำหนดว่า รูปแบบใดมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (severe mental illness) เป็นคนไร้บ้าน (เป็นคนไร้บ้านตั้งแต่ 10 วันขึ้นไปในระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่ 31 วันขึ้นไปในระยะเวลา 1 ปี หรือเคยไร้บ้าน 3-4 ครั้งตลอดช่วงชีวิต) หรือเสี่ยงต่อการไร้บ้าน (อาศัยหลับนอนบนถนนหรืออาศัยในบ้านพักฉุกเฉิน)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เป็นคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงหรือเสี่ยงต่อการไร้บ้าน ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM- III-R axis I จำนวน 165 คนสุ่มเข้า 3 โปรแกรม คือ 1. broker case management 2. assertive community treatment only 3. assertive community treatment with community worker

การบำบัด

1. โปรแกรม assertive community treatment only (ACT) เป็นโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการทุกด้านของผู้ป่วย มีการติดตามต่อเนื่อง ไม่จำกัดเวลา ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตลอดตามความต้องการ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์ / เกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน รูปแบบ ACT สามารถปรับให้ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีความรู้หรือประสบการณ์ในด้านจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์และการให้คำปรึกษา โปรแกรมการบำบัด ประกอบด้วย 1) ให้การรักษาด้วยยา 2) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหา 3) ฝึกผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในแต่ละวัน 4) สอนทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน 5) ช่วยผู้ป่วยในการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การหาบ้านพักให้ การดูแลในเรื่องการรับประทายต่อเนื่อง การจัดการเรื่องการเงิน การรับเงินช่วยเหลือ การเข้าถึงระบบบริการขนส่ง 6) จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยมี

สัดส่วนประมาณ 1: 10 7) มีข้อจำกัดของบุคลากรไม่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ตลอดเวลาแต่จะมีแพทย์และพยาบาลทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ การบริการในเรื่องยาทั้งหมดจึงมีการเชื่อมต่อไปยังคลินิกจิตแพทย์ในชุมชนให้ช่วยดูแล

2. โปรแกรม **assertive community treatment with community worker** การดูแลช่วงแรกคล้ายกับ ACT แต่ในช่วงระยะสุดท้ายของการรักษา หลังจากที่ผู้ป่วยอาการสงบลงที่แล้วจะเป็นการดูแลโดยบุคลากรที่ทำงานในชุมชนและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community workers) เข้ามาช่วยในการเตรียมความพร้อม ปรับการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนให้ผู้ป่วย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม จัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน และใช้เวลากับผู้ป่วย

3. โปรแกรม **broker case management** เป็นโปรแกรมที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) แสดงบทบาทในการพัฒนา เตรียมการ วางแผนบริการแต่ละด้านให้กับผู้ป่วย เตรียมบริการด้านสุขภาพจิต และด้านจิตสังคม สำหรับผู้ใช้บริการ มีการควบคุมคุณภาพของการบริการ และปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

การประเมินผลลัพธ์ทั้ง 3 โปรแกรมแบ่งเป็น 3 ช่วงคือ แรกรับเข้าโปรแกรม - 6 เดือน , 7- 12 เดือน, 13- 18 เดือน การศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้านเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 3 โปรแกรม พบว่า โปรแกรม **assertive community treatment only** และ โปรแกรม **assertive community treatment with community worker** ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการมีที่พัก (housing) มากกว่าโปรแกรม **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้าน financial มากกว่าโปรแกรม **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้าน health services มากกว่าโปรแกรม **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้าน supportive services มากกว่าโปรแกรม **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทีมการรักษามากกว่า **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ ทำให้อาการทางจิตในเรื่องความผิดปกติทางด้านการคิดลดลงได้ดีกว่าโปรแกรม **broker case management** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .023$ และในด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ ส่วนในด้าน stable housing เมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 3 โปรแกรม พบว่า การใช้ โปรแกรม **assertive community treatment only** ทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ใน stable housing นานที่สุด มากกว่า 2 โปรแกรมที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .032$

สรุป

โปรแกรม **assertive community treatment** ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการมีที่พัก (housing) ด้าน financial ด้าน health services ด้าน supportive services ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทีมการรักษา

ทำให้มีอาการทางจิตในเรื่องความผิดปกติทางด้านการคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติคลั่ง ทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ใน stable housing ได้นานมากกว่า broker case management

เรื่องที่ 6 ชื่อเรื่อง Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People.

ชื่อผู้วิจัย Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R. (1992)

แหล่งที่พิมพ์ Hospital and Community Psychiatry, 43(10), 1005-1010.

ระดับของงานวิจัย Randomized experiment แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม; Level II

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต 3 โปรแกรม ในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized experiment) แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

เป็นคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจำนวน 178 คน สุ่มผู้ป่วยเข้าทั้ง 3 โปรแกรม คือ 1. the continuous treatment team condition 52 คน 2. the drop-in center condition 62 คน 3. the outpatient treatment condition 64 คน

การบำบัด

1. The continuous treatment team condition เป็นรูปแบบการดูแลที่มาจากโปรแกรมการดูแลคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน คือ assertive community treatment programs associated with the training in community living program (PACT) รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1) ไม่มีการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย 2) ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการดูแลพื้นฐานที่ควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า 3) เน้นความสำคัญคือการสนับสนุนผู้ป่วย การค้นหาองค์การที่จะสนับสนุนหรือค้นหาสาเหตุที่ทำให้คนไร้บ้านเข้าไม่ถึงระบบการดูแล 4) การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบเข้มข้นผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วย 1:10 โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงบุคคล การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อลดช่องว่างระหว่างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและความต้องการของผู้ป่วย 5) ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหา 6) ประสานผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้านจิตเวช 7) สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชนและทักษะสัมพันธ์ทางบุคคล (living skills and interpersonal skills) 8) จัดหารูปแบบการดูแลในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน (crisis intervention) 9) จัดหา

แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากองค์กร เช่น สวัสดิการ บ้านพัก การดูแลด้านสุขภาพ จัดหาบ้านเช่า หรือที่พักพิง (shelter) 10) ให้การสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย เช่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการขนส่ง การจัดการเรื่องยา (medication management) การจัดการเรื่องการเงิน (money management) การรับเงินช่วยเหลือ (payee services) และต่อเนื่องไปจนถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์

2. The drop-in center condition เป็นรูปแบบการดูแลในเวลากลางวัน มี 2 แห่งที่จัดสำหรับคนไร้บ้านใน St. Louis แห่งแรกจัดสำหรับเฉพาะผู้หญิงเท่านั้น แห่งที่ 2 จัดสำหรับทั้งผู้หญิงและผู้ชายแต่ส่วนใหญ่คนที่ใช้บริการเป็นผู้ชาย ช่วยคนไร้บ้านใช้เวลากลางวันในศูนย์ในช่วงที่ emergency shelter ปิด รูปแบบการดูแล 1) ให้บริการในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ห้องอาบน้ำ การพักผ่อนหย่อนใจ 2) นักสังคมสงเคราะห์ให้บริการส่งผู้ป่วยไปยังแหล่งช่วยเหลือทางสังคม 3) อัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย 1: 40

3. The outpatient treatment condition เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโดยการดูแลแบบคลินิกสุขภาพจิต โดย Missouri Department of Mental Health รูปแบบการดูแล 1) psychotherapy 2) psychiatric medication 3) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทางสังคม

ผลการศึกษา

การศึกษาทั้ง 3 โปรแกรมหลังมีการติดตามผล 12 เดือนพบว่า มีการดีขึ้นของค่าคะแนนในเรื่องจำนวนวันของการเป็นคนไร้บ้าน ($P=.001$) รายได้เพิ่มขึ้น ($P=.001$) อาการทางจิตลดลง ($P=.001$) interpersonal adjustment เพิ่มขึ้น ($P=.019$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ($P=.002$) ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team condition จะมีการพบปะกับทีมบ่อยกว่าโปรแกรมอื่น ($F=7.51, df=2,78, p < .001$) และมีความพึงพอใจมากกว่า ($F=12.86, df=2,87, p < .001$) หลังมีการเปรียบเทียบโดยใช้ the Newman-Keuls เป็นเครื่องมือในการบ่งชี้ความแตกต่างของ the continuous treatment team program และอีกสองโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้มากกว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the outpatient program และ the drop-in program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.23, df=2,97, p < .01$) การอธิบายในเรื่องผลของการรักษากับตัวแปรของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากข้อมูลพื้นฐานในช่วง 6 เดือน 12 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 6 เดือน (Wilk's $\lambda=.43, p < .001$) ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team condition ได้รับการบริการจากหน่วยบริการมากกว่าในทั้งสองโปรแกรม โดยเฉพาะในเรื่อง gardening housing การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ความต้องการการปรึกษา (counseling) การ

รักษาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน การรักษาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ การฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (life skills training) ทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือ (practical support)

สรุป

โปรแกรม ACT สามารถลดการเป็นคนไร้บ้าน ลดอาการทางจิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการและมีความพึงพอใจ

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน คือ คนที่มีอาการทางจิตจากความเจ็บป่วยทางจิต เช่น schizophrenia, bipolar disorder, major depression, personality disorder อาจใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย และอยู่ในสภาพไร้บ้าน หรืออาศัยหลับนอนนอกบ้าน ในที่สาธารณะ อยู่บนถนนหรือสิ่งก่อสร้างปล่อยร้าง ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต ไม่มีสิ่งให้อำนวยความสะดวก หรือที่อาศัยอยู่ในที่พักพิงที่รัฐจัดให้ (shelter) รับบริการอาหารจากรัฐ ผู้ป่วยขาดในเรื่องความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ยารักษาโรคและมีคุณภาพชีวิตต่ำ มีรูปแบบการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต การขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ศักยภาพในการทำกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ทักษะในการดำเนินชีวิต การทำงานลดลง มีปัญหาในการดูแลตนเอง ขาดแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มาจากครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ขาดความรัก ความผูกพันเมื่อเจ็บป่วยทางจิตหรือป่วยซ้ำบ่อยๆ มีผลทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับจากญาติญาติปฏิเสธการให้การช่วยเหลือดูแล รวมทั้งรูปแบบการบริการติดตามดูแลเมื่อมีปัญหา หรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษอย่างถูกต้องและต่อเนื่องได้

ในปัจจุบันการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่ช่วยให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ที่ได้รับการยอมรับได้แก่ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้ เน้นการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปรึกษาร่วมกันในการวินิจฉัยปัญหา วางแผนการบำบัดดูแล และประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีผู้บำบัดดูแลเฉพาะแต่ละคน โดยมีการแบ่งจำนวนผู้ดูแล (ซึ่งเป็นสมาชิกในทีม) ต่อผู้ป่วยในสัดส่วนประมาณ 1:10 และทีมจะให้การสนับสนุน

ช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีม ผู้ศึกษาจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย โดยได้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม ACT

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ประกอบด้วย

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ Diagnosis and Statistic Manual for Mental Disorder-IV-TR (DSM-IV-TR) หรือ ICD-10 ว่าเป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder หรือมีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่น ได้รับการวินิจฉัย Axis I Mental disorder (psychotic disorder, major affective disorder, anxiety disorder) และมีประวัติเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยหรือใช้ระยะเวลานาน (Extensive hospitalization) (Extensive hospitalization หมายถึง เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 21 วัน อย่างน้อย 2 ครั้ง ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา หรือไม่ต่ำกว่า 42 วัน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ก่อนมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ หรืออยู่ใน nursing home มากกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ในระยะเวลา 3 ปี) (Lehman et al., 1997: Level II)

2. เป็นคนไร้บ้าน (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) ที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนน หรืออยู่ในสถานที่พักชั่วคราว ที่พักฉุกเฉิน สถานสงเคราะห์ต่างๆ ก่อนเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 10 วัน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยเป็นคนไร้บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วงชีวิต (Morse et al., 1997 : Level II)

2. สมาชิกทีม ACT และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม ACT

การให้การบำบัดดูแลตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย สมาชิกทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ (Lehman et al., 1997: Level II) หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด สมาชิกทีมต้องเข้าร่วมในการประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์/ครั้ง ในช่วงแรกทีมอาจต้องร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการและวางแผนการดูแล เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและสามารถดูแลตนเองได้ อาจให้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลและนำปัญหาของผู้ป่วยเข้ามาปรึกษาในทีม นอกจากนั้นแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่เฉพาะดังนี้

1. จิตแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการ ให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษาแก่ผู้ป่วยและทีม อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

2. พยาบาลจิตเวช มีบทบาทหน้าที่ ประเมินสภาวะสุขภาพ บริหารจัดการดูแลเกี่ยวกับยาผู้ป่วย (medical director) ได้แก่ การดูแลเรื่องยา (medication support) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ให้ความรู้เรื่องยา สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และติดตามให้ผู้ป่วยร่วมมือรับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยประสานกับหน่วยบริการฉุกเฉินในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ให้การปรึกษาผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ ให้การดูแลโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem) และให้การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพศสัมพันธ์

4. นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ ประเมินและทดสอบทางจิตวิทยา อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

5. นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (consumer advocates) การจัดการเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย เช่น เอกสารและสิทธิบัตรต่างๆ การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน เช่น ที่อยู่อาศัย แหล่งทำงาน อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

6. ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ที่เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น

- นักบำบัดยาเสพติด มีบทบาทหน้าที่ ให้การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือแบบกลุ่มเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น

- นักโภชนาการ มีบทบาทหน้าที่ ในการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

- นักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทหน้าที่ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินทักษะการทำงาน การฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

3. การบริหารจัดการทีม ACT

1. ลักษณะทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีบุคลากรทำงานเต็มเวลาวันละ 12 ชั่วโมงในวันปกติ (Lehman et al., 1997: Level II) และ 8 ชั่วโมงในวันหยุดทำการ

2. หัวหน้าทีม (program director) อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการโปรแกรม (Lehman et al., 1997: Level II) การบริหารจัดการโปรแกรม เช่น มีบทบาทในการวางแผนและกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การประเมินผลงานในความรับผิดชอบ ช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ประคับประคอง ประสานชี้นำให้บุคลากรในทีมเข้าใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันโดยเน้นการประสานงานและการทำงานเป็นทีม

3. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) อาจเป็นพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาต่างๆ ตรวจสอบ และเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ การช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่พอเพียง เหมาะสม เช่น การรักษาทางด้านจิตเวช ที่พักอาศัย การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ให้คำปรึกษา ดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รายได้ นำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษาในทีม ประเมินความก้าวหน้าและรายงานให้ทีมทราบเป็นระยะๆ ในกรณีที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ย่างยากซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้จัดการรายกรณีจะปฏิบัติได้ก็ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญบำบัดในทีมเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยต่อไป เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด (Lehman et al., 1997: Level II)

4. ผู้ร่วมทีมอื่นๆ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีในทีมก็ได้ เช่น มีเลขาคอยให้การต้อนรับ มี part-time family outreach worker และพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner)

5. การจ้างเจ้าหน้าที่บางเวลา (part-time) มาให้บริการผู้ป่วยในความรับผิดชอบในกรณีที่สมาชิกในทีมบำบัดที่จำเป็นขาด หรือมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากร อาจมีการบริหารจัดการได้หลายกรณี เช่น

- กรณีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนไม่ได้ อาจพิจารณาให้บริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ (Wolff et al., 1997 : Level II)

- กรณีไม่มีแพทย์และพยาบาลทำงานอยู่ตลอดเวลา ควรจะมีแพทย์และพยาบาลทำงานบางเวลา (part-time) ทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ให้บริการในเรื่องยา หรือมีการเชื่อมต่อไปยังคลินิกจิตแพทย์ในชุมชนให้ช่วยดูแล (Morse et al., 1997 : Level II)

- กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ สามารถดูแลตนเองได้ดี เพื่อส่งเสริมการปรับตัวในชุมชน ลดชั่วโมงการทำงานของผู้จัดการรายกรณี และลดค่าใช้จ่าย อาจพิจารณาในเรื่องของอาสาสมัคร อาจใช้เจ้าหน้าที่ในชุมชนอาสาสมัครช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (community workers) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟู ฝึกทักษะพื้นฐาน เช่น ฝึกทักษะการ

ดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง (Wolff et al., 1997 : Level II; Morse et al., 1997 : Level II)

- กรณีที่สามารถติดตามญาติ หรือครอบครัวของผู้ป่วยได้ ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลา หรือจ้างพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner) ให้การดูแลด้านโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem) (Lehman et al., 1997: Level II) หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ถ้าจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ก็อาจพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลา (part-time) เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด

4. รูปแบบการดำเนินงานทีม ACT

1. ทีมมีการประชุมร่วมกันในการวางแผนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และปรับรูปแบบการดูแลให้ตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (Morse et al., 1997: Level II)
2. มีการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการบำบัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ประวัติความเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา การมีที่พักอาศัย การจ้างงาน การเงิน การได้รับสวัสดิการและสิทธิการรักษา การใช้สารเสพติด (Morse et al., 1997: Level II) ด้านคุณภาพชีวิตประเมินความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Lehman et al., 1997: Level II)
3. มีการเตรียมผู้ป่วยโดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินโครงการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ
4. ประเมินสภาพชุมชน แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน
5. ผู้ป่วยแต่ละคนถูกจัดให้เข้าทีมขนาดเล็ก (mini-team) และให้การดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี (อัตราส่วนผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนประมาณ 1: 10-12) (Morse et al., 1992: Level II ; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) ร่วมกับนักจิตวิทยาและคนที่ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย (consumer advocates) ในกรณีที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้จัดการรายกรณีจะปฏิบัติได้ก็ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญบำบัดในทีมเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยต่อไป เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด (Lehman et al., 1997: Level II)
6. หลังจากที่ผู้ป่วยถูกจัดเข้าโปรแกรมการบำบัด ทีมมีการประเมินผลลัพธ์ร่วมกันเป็นระยะ ระหว่างสมาชิกทีมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมทีมผู้บำบัด เพื่อการปรึกษาหารือในเรื่องปัญหา ความต้องการ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น Staff มีการพูดคุยกันถึงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและวางแผนการดูแลในวันต่อไป ทีมจะต้องมีการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2 สัปดาห์ /ครั้ง (Lehman et al., 1997: Level II)

5. การดำเนินโปรแกรม ACT

การดำเนินการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไว้บ้านจำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลในเรื่องต่างๆ ในองค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) 3) การให้การปรึกษา (counseling) 4) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) 5) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) 6) การจัดการด้านการเงิน (financial management) 7) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 8) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) 9) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้จะให้บริการอยู่ในรูปแบบการดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ Engagement (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยจิตเวชไว้บ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบและทีมบำบัดส่งผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปให้บริการในชุมชน เป็นการให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดูแลช่วยเหลือในเรื่องความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II) รวมทั้งการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น อาการทางจิตกำเริบ รุนแรง เอะอะอาละวาด ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Wolff et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วนหรือมีอาการทางจิตรุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า การจัดการเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนและสังคม

วิธีดำเนินการ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน

1. มีการจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) เป็นการเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ให้การดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ทีมมีการประสานกับผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้านพักให้ที่อยู่ที่สามารถแจ้งหรือติดต่อกลับได้ (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในกรณีผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการประสานให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการ ได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตและการรักษาจิตเวช (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997 : Level II)

2. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยหาที่พักอาศัย ห้องเช่า หรือที่พักชั่วคราว ที่เหมาะสม ปลอดภัยและอาจต้องช่วยเหลือในเรื่องค่าเช่าห้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า (Lehman et al., 1997: Level II) หรือส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน

3. การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการจัดการด้านเอกสาร สิทธิบัตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล เช่น การทำบัตรผู้พิการ บัตรผู้ไม่มีรายได้ (Morse et al., 1992: Level II)

2. ระยะ Stabilization (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและสามารถหาที่พัก หรือที่พักชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยแล้ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อบำบัดจนอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงมีความบกพร่องในด้านการทำบทบาทหน้าที่หรือขาดทักษะในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน โดยผู้ป่วยและทีมมีการวางแผนร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนและส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาในด้านต่างๆของผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย
 - การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Morse et al., 1992 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II ; Wolff et al., 1997 : Level II)

- การดูแลเรื่องยา (medication support) ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ (Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง (Morse et al., 1997: Level II)

- การฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) โดยการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น อาการหูแว่ว เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ ปฏิกริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้และความคิดหลงผิดนั้น หรือการจัดการโดยวิธีต่างๆ เช่น ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Wolff et al., 1997: Level II)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล โดยผู้จัดการรายกรณี หรือแบบกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสารเสพติด หรือการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับยาเสพติดดูแล รูปแบบของการบำบัด เช่น ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การเข้ากลุ่มเลิกสุรา (Lehman et al., 1997: Level II)

2. การให้การปรึกษา (counseling) ให้การดูแลช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยยังมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียด หรือความกดดันทางจิตใจ ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อทำจิตบำบัด หรือให้การปรึกษาตามแนวคิด psychotherapy ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เช่น supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy มีการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร (Lehman et al., 1997: Level II) การจัดการกับปัญหา (Morse et al., 1992: Level II) หรือการแก้ปัญหาในแต่ละวัน (Morse et al., 1997: Level II)

- ในกรณีที่สามารติดต่อกับครอบครัวหรือสืบทอดครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้ ให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ประสานให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย และให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Lehman et al., 1997: Level II)

3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย

- สอนทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal skills management) (Morse et al., 1992: Level II)

- สอนให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลที่อยู่อาศัย (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

- ฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน (skill training and assistance in activities of daily living) เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของประกอบอาหาร การดูแลเครื่องนุ่งห่ม การใช้บริการขนส่งสาธารณะ (Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

- สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชน (community living skills) (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II)

4. การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และการดูแลด้านความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพศสัมพันธ์ (Lehman et al., 1997: Level II)

5. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย

- การช่วยเหลือในการรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ (payee services) (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

- การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ช่วยแก้ปัญหาในกรณีที่ มีปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายเงิน มีความบกพร่องในการใช้จ่ายเงิน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารจัดการการเงินด้วยตนเองโดยในช่วงแรกทีมดูแล ในเรื่องของการใช้จ่ายเงินให้ทั้งหมด หลังจากนั้นมีการจ่ายเงินให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้จ่ายและบริหารเงินเองในการจ่ายค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

6. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการ จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน มีการฝึกอบรมงานอาชีพให้กับผู้ป่วย (job training) (Morse et al., 1992: Level II) ฝึกทักษะการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) ช่วยติดต่อกับแหล่งงานต่างๆ และให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการทำงาน คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997 : Level II ; Lehman et al., 1997: Level II)

3. ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment

เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและได้รับการฝึกการทำบทบาหน้าที่ ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนจากทีมผู้บำบัดมาแล้ว ในระยะนี้จึงเป็นระยะที่ทดลองฝึกให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1-2 ปี หลังเข้าโปรแกรม โดยทีมผู้บำบัดทำหน้าที่ในการติดตาม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง ผู้ป่วยยังต้องได้รับการติดตามดูแลจากทีมผู้บำบัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื้อรัง และทีมต้องมิกลยุทธ์ในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองในชุมชน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เพื่อเป็นการป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการนำที่ควรรับมาโรงพยาบาล เช่น อาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด หวาดระแวง และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การรับประทานยาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การงดใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ
2. การให้การปรึกษา (counseling) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติม
3. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนที่พัก หรือพักอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือมีการสนับสนุนช่วยเหลือโดยญาติหรือครอบครัวที่สามารถติดตามได้ ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า หรือญาติที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย (Lehman et al., 1997: Level II) ไปเยี่ยมและประเมินว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน เจ้าของห้องเช่า หรือครอบครัว ได้หรือไม่ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาก็ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาในที่พักที่มีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลและประเมินอาการได้ และส่งเสริมความสามารถให้เพียงพอในการที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนต่อไป
4. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยเป็นคนจัดการการเงินทั้งหมดด้วยตนเอง
5. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) โดยการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำงานได้หรือไม่ เข้ากับนายจ้างหรือผู้ร่วมงานได้หรือไม่ ยังมีทักษะอะไรที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

4. ระยะจำหน่าย (Discharge)

การเข้าร่วมโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ถ้ายังมีปัญหาและความต้องการไม่ได้กำหนดระยะเวลาสิ้นสุดที่แน่นอน สามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน (Morse et al., 1992 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้มีที่พักอาศัยที่แน่นอน และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วย

สามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์ แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาโปรแกรมใหม่ได้ (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนโดยดูแลตนเองได้ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ
2. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. มีการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมมีความเห็นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดดูแลตนเองและปรับตัวอยู่ในชุมชนได้
2. มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้และอาการทางจิตคงที่ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ

6. การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

6.1 ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่ประเมินอาการทางจิตโดยผู้บำบัด มี 24 ข้อความ การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนน 6 หมายถึงอาการรุนแรงมากที่สุด ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 36 ถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรง (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II) ประเมินอาการทางจิตก่อนเข้าโปรแกรมและประเมินเป็นระยะคือ 2, 6, 12, 18 เดือน เพื่อดูคุณภาพการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

6.2 ประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

6.3 ประเมินการลดการเป็นคนไร้บ้าน โดยการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในที่พักที่ผู้ป่วยจัดหาเองหรือเจ้าหน้าที่จัดหาให้ (stable housing) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II)

6.4 ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ Quality of Life Interview (QOLI) เป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Lehman et al., 1997: Level II) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ควรเป็นการบำบัดที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน และต่อเนื่องไปจนถึง 18 เดือน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าถ้าไม่มีการติดตามความก้าวหน้าทีมนานพอ ผู้ป่วยจะไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของตนเองได้ (functional status)

การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติขั้นสูง (APN) เฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ที่มีความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาล ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

1. ควรเพิ่มเติมคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านให้ชัดเจน
2. ควรเพิ่มเติมบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีให้ครอบคลุม
3. แนะนำวิธีการเขียนแนวทางการบำบัด ให้ใส่วิธีการบำบัดทั้งหมดที่ผู้ป่วยควรได้รับให้เห็นเป็นภาพรวมก่อนเพื่อให้เข้าใจในเนื้อหาการดำเนินโปรแกรม
4. ควรมีการเพิ่มบุคลากรที่ให้การดูแลในทีม ACT ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้จัดการรายกรณี อาจทำงานเป็นบางเวลา คือ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยในการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย
5. เขียนให้ชัดเจนว่าประเมินการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลประเมินจากอะไร
6. การทดลองใช้โปรแกรมควรมีการกำหนดที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยสามารถอาศัยอยู่ที่ใดได้บ้าง เพื่อความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เช่น หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้าไม่มีญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้านผู้ป่วยจะต้องไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

(Assessing Implementation potential)

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่ได้จากการสรุปและบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัย โดยการประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับบริบทที่เฉพาะเจาะจงของการบริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยประเด็นที่ประเมินความเป็นไปได้ในการนำมาปฏิบัติใช้เกณฑ์การประเมินแนวโน้มนิยมของ Polit & Beck (2006)

ดังต่อไปนี้

1) การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์มาเป็นแนวปฏิบัติกับบริบทของหน่วยงานในเรื่องต่อไปนี้

- การดำเนินการโครงการโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ของหน่วยงาน คือ การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและนิติจิตเวชให้มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และการกิจหลักของหน่วยงานภารกิจหนึ่งคือการบริการจิตเวชชุมชนและเครือข่าย จึงเน้นให้บุคลากรพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และนำองค์ความรู้นี้มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถทำให้อาการทางจิต จํานวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง เนื่องจากลักษณะผู้รับบริการของสถาบันฯ คือ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หลังการรักษาส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์และทางสถาบันฯ ได้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัตินี้มาใช้น่าจะมีแนวโน้มที่จะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ต้องการ

- งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ถูกตำรวจนำส่งเนื่องจากมีอาการทางจิตรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาและส่งกลับไปอยู่ในชุมชนก็กลับมารักษาซ้ำบ่อยและบางรายไม่สามารถส่งกลับบ้านได้ โปรแกรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในระยะที่อยู่นอกโรงพยาบาลมีเป้าหมาย คือ การส่งเสริมความสามารถด้านต่างๆ ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงบริการด้านต่างๆ การจัดหาที่พักให้ การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) ของหน่วยงานพิจารณาจาก

- การดำเนินโครงการโดยนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง แต่ต้องผ่านความเห็นชอบของทีมบริหารของสถาบันฯ และทีมปฏิบัติการ

ปัจจุบันทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) ที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก็มีนโยบายให้มีการบำบัดดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ทางสถาบันฯ ก็ให้การดูแลโดยการหาแหล่งที่อยู่โดยการส่งสถานสงเคราะห์ และเนื่องจากสถาบันฯ เป็นสถาบันที่ให้บริการตติยภูมิที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ขาดแหล่งสนับสนุนดูแล มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ดังนั้นถ้าใช้แนวปฏิบัตินี้คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

- การปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติม แต่ก็เป็นทักษะที่ไม่ซับซ้อน และสามารถฝึกอบรมโดยวิทยากรที่มีในหน่วยงาน หรือขอความร่วมมือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีความชำนาญ

- การดำเนินโครงการนี้สามารถสอดแทรกเข้าสู่งานประจำโดยการผนวกเข้ากับกลุ่มงานจิตเวชชุมชน เนื่องจากกลุ่มงานจิตเวชชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานสงเคราะห์อยู่แล้วคือ สถานสงเคราะห์กุ่มสะแก จังหวัดเพชรบุรี สถานสงเคราะห์ประจวบโชค จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ แต่จะต้องมีการจัดเตรียมตารางเวลาที่เหมาะสมในการให้การบำบัดเพื่อไม่ให้รบกวนหรือมีผลกระทบต่อกิจกรรมบำบัดอื่นๆ

- ในการดำเนินตามโครงการต้องใช้อุปกรณ์และสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆที่จำเป็น ซึ่งแนวทางที่จะได้สิ่งเหล่านี้มา คือการนำเสนอโครงการต่อผู้บริหารเพื่อการขออนุมัติและให้การสนับสนุนโครงการเนื่องจากเป็นโครงการที่มีประโยชน์กับผู้รับบริการโดยตรง

3) ความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่ได้รับจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร

- จากผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบรายงานความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากรและหน่วยงาน แต่ในการนำไปปฏิบัติจริงอาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หวาดระแวงหรือมีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายผู้อื่น โดยที่เจ้าหน้าที่ประเมินไม่ทันหรือขาดทักษะในการช่วยเหลือ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานสงเคราะห์ อาจเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นในสถานสงเคราะห์ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คุณลักษณะหรือความพร้อมในการรับการบำบัดโดยวิธีนี้ของผู้ป่วยนอกเหนือจากคุณสมบัติของการเป็นคนไร้บ้าน

- การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีวิธีการและการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลในหน่วยงานใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านไปในทิศทางเดียวกันและมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้รับการส่งเสริมในเรื่อง 1) การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) 3) การให้การปรึกษา (counseling) 4) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) 5) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) 6) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management) 7) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 8) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) 9) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ประมาณ 1-3 ปี หรืออาจต่อเนื่องยาว ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการบำบัดโดยวิธีนี้จะเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิตและผลกระทบต่อตนเอง ชุมชนและสังคมของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านแล้ว การบำบัดโดยวิธีนี้จะทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือ ระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดภาระทั้งในด้านตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและภาระของประเทศชาติที่จะต้องใช้ทรัพยากรในการช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ เป็นการป้องกันภัยอันตรายที่จะเกิดกับบุคคลอื่นๆในชุมชน และการบำบัดจะมีผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ การงาน คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการซึ่งถือว่าคุ้มค่าคุ้มทุน

ขั้นตอนที่ 4. การพัฒนาการใช้ และการประเมินนวัตกรรม

(Developing, implementing, and evaluating the innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเพื่อนำไปทดลองใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม สิ่งที่คุณวางแผนที่จะนำผลการศึกษานี้ไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษามีดังนี้

1. พัฒนาคู่มือการบำบัดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยกล่าวถึงแนวคิด หลักการ เนื้อหา วิธีการบำบัด อุปกรณ์และการประเมินผลการบำบัด รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการบำบัด
2. การเตรียมความพร้อมเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ และผู้ศึกษาวางแผนประเมินผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและประเมินจาก

- การลดอาการทางจิตโดยการประเมินอาการทางจิตก่อนเข้าโปรแกรม และประเมินเป็นระยะคือ 2, 6, 12, 18 เดือน ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

- จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

- การลดการเป็นคนไร้บ้าน โดยการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในที่พักที่ผู้ป่วยจัดหาเองหรือเจ้าหน้าที่จัดหาให้ (stable housing) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

- คุณภาพชีวิต ประเมินด้วยเครื่องมือ Quality of Life Interview (QOLI) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

3. ผู้ศึกษาวางแผนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินกระบวนการบำบัด และผลการบำบัดโดยศึกษานำร่อง โดยการทำวิจัยแบบ one group และทำ Pre-test, Post-test โดยใช้ข้อมูลอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเป็นคนไร้บ้านและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นฐาน (Pre-test) เปรียบเทียบหลังการบำบัดทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Post-test)

4. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต่อผู้บริหารองค์กร เพื่อขออนุมัติการศึกษานำร่อง (Pilot study) และให้ข้อมูลกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานต่อไป

5. มีการฝึกอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการนำร่องโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และทดลองปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาโดยตรงและประสานความร่วมมือกับองค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

6. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในโรงพยาบาลก่อนและติดตามการบำบัดในชุมชน เช่น กรณีส่งผู้ป่วยสถานสงเคราะห์ และประเมินกระบวนการบำบัดว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไรและควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไรถ้าจะนำไปปฏิบัติจริงต่อไป ประเมินผลลัพธ์ว่าได้ตามที่คาดหวัง คือ อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่

7. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วแก่ทีมผู้บริหารการพยาบาล ทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) เพื่อขออนุมัติในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ให้บริการแก่ผู้ป่วย และขอข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและบริบทขององค์กรให้มากที่สุด รวมทั้งเผยแพร่ให้บุคลากรของโรงพยาบาลรับทราบ เช่น รายงานในการประชุมประจำเดือนของทีม PCT ทีมบริหาร เว็บบอร์ดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆของสถาบันฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชไว้บ้านมากที่สุด

8. เมื่อได้รับอนุมัติจากทีมผู้บริหารของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์และผู้ที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้ศึกษาและทีมผู้รับผิดชอบจะได้ดำเนินโครงการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์หรือทำเป็นโครงการกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพยั่งยืน (Continuous Quality Improvement)

9. นำข้อมูลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไปเสนอผลงานในการประชุมวิชาการหรือผลงานในวารสารสุขภาพจิต ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไว้บ้าน ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยประยุกต์ใช้ 3 ขั้นตอนแรกคือ ขั้นตอนที่ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) และ 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation potential) ส่วนขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาการใช้ และการประเมินนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่นำมาปฏิบัติจริงแต่ได้มีการวางแผนในการประเมินแนวปฏิบัติในอนาคตเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วต่อไป

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพิ่มมากขึ้น และจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในสถาบันฯ ส่วนหนึ่งเป็นคนไร้บ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยหลังจำหน้ายออกจากโรงพยาบาล และพบว่าส่วนหนึ่งต้องกลับเข้ามารักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ซ้ำ ในลักษณะคนไร้บ้าน เร่ร่อนตามที่สาธารณะ ขาดยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง มีอาการทางจิตกำเริบ หรือก่อคดีและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันสถาบันฯ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือให้อาการทางจิตจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และประยุกต์การใช้นี้ขึ้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะ 3 ขั้นตอนแรก คือ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) จากสิ่งกระตุ้นจากประสบการณ์การทำงานในคลินิก (Problem-focused triggers) และจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focused triggers) 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) และวางแผนในการดำเนินการในขั้นตอนที่ 4 คือ การพัฒนาการใช้และการประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

- จากขั้นตอนที่ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem) จากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากประสบการณ์การทำงานในคลินิก (Problem-focused triggers) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ไม่มีญาติ ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้ หลังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้น พบว่ามีปัญหาในการหาแหล่งที่อยู่ให้กับผู้ป่วย ไม่มีแหล่งรองรับหลังจำหน้าย บางรายต้องอยู่

โรงพยาบาลนานหรือนักสังคมสงเคราะห์ต้องส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์มีแนวโน้มสูงขึ้น และในจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเข้าสถานสงเคราะห์ พบว่าส่วนหนึ่งหลบหนีออกจากสถานสงเคราะห์ หรือจากสภาพของคนที่มมีอาการทางจิตประสาท ทำให้พลัดหลงออกจากสถานสงเคราะห์ โดยไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ต้องเร่ร่อนตามที่สาธารณะในลักษณะคนไร้บ้าน มีอาการทางจิตรุนแรงหรือก่อคดี และกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการพบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focused triggers) พบว่าการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ช่วยให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยศึกษางานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เป็นกรอบแนวคิดในการบำบัด ขั้นตอนที่ 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี ค.ศ. 1990 - ค.ศ. 2008 จากข้อมูลทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 6 เรื่อง ผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบบางงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย Systematic Review จำนวน 1 เรื่อง Meta-Analysis จำนวน 1 เรื่อง Randomized Controlled Trial จำนวน 4 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามกระบวนการสังเคราะห์งานวิจัย (Research synthesis) ได้ข้อเสนอแนะนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่ได้สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์ที่บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม 2) สมาชิกทีม ACT และบทบาทหน้าที่ของสมาชิก 3) การบริหารจัดการทีม 4) รูปแบบการดำเนินงานทีม 5) การดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1. ระยะ Engagement การดูแลในระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ และทีมบำบัดส่งผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปให้บริการในชุมชน เป็นการให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดูแลช่วยเหลือในเรื่องความ

จำเป็นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า รวมทั้งการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น อาการทางจิตกำเริบ วุ่นวาย เอะอะอาละวาด ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ทีมดูแลในด้านต่างๆ คือ 1) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) 2) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 3) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 4) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) 2. ระยะ Stabilization เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและสามารถหาที่พัก หรือที่พักชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยแล้ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อบำบัดจนอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงมีความบกพร่องในด้านการทำบทบาทหน้าที่หรือขาดทักษะในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน โดยผู้ป่วยและทีมมีการวางแผนร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนด้วยตนเอง ทีมดูแลในด้านต่างๆ คือ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การให้การปรึกษา (counseling) 3) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) 4) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) 5) การจัดการด้านการเงิน (financial management) 6) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) 3. ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและได้รับการฝึกการทำบทบาทหน้าที่ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนจากทีมผู้บำบัดมาแล้ว ในระยะนี้จึงเป็นระยะที่ทดลองฝึกให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1-2 ปี หลังเข้าโปรแกรม โดยทีมผู้บำบัดทำหน้าที่ในการติดตามสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง ผู้ป่วยยังต้องได้รับการติดตามดูแลจากทีมผู้บำบัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื้อรัง และทีมต้องมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ทีมดูแลในด้านต่างๆ คือ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การให้การปรึกษา (counseling) 3) เรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 4) การจัดการด้านการเงิน (financial management) 5) ส่งเสริมโอกาสการทำงาน (work opportunities) 4. ระยะจำหน่าย (Discharge) ในโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ถ้ายังมีปัญหาและความต้องการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้ มีที่พักอาศัยที่แน่นอน และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์ แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องทำด้วยความระมัดระวังและติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาโปรแกรมใหม่ได้ 6) การประเมินผลลัพธ์ และขั้นตอนที่ 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation potential) ประกอบด้วย การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการ และการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับ

หน่วยงานจิตเวช และมีความเหมือนในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ถูกตำรวจนำส่งเนื่องจากมีอาการทางจิตรุนแรง เมื่อได้รับการรักษาและส่งกลับไปอยู่ในชุมชนก็กลับมารักษาซ้ำบ่อยและบางรายไม่สามารถส่งกลับบ้านได้ โปรแกรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในระยะที่อยู่นอกโรงพยาบาลมีเป้าหมาย คือ การส่งเสริมความสามารถด้านต่างๆ ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงบริการด้านต่างๆ การจัดหาที่พักให้ การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงในหน่วยงาน (Feasibility of implement) เนื่องจากปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีนโยบายให้มีการบำบัดดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ทางสถาบันฯให้การดูแลโดยการหาแหล่งที่อยู่โดยการส่งสถานสงเคราะห์ และเนื่องจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นสถาบันที่ให้การบริการตติยภูมิที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ขาดแหล่งสนับสนุนดูแล มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ดังนั้นถ้าใช้แนวปฏิบัตินี้คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ การปฏิบัติตามงานวิจัย ต้องฝึกฝนทักษะเพิ่มเติม แต่ก็ยังเป็นทักษะที่ไม่ซับซ้อนและสามารถฝึกอบรมโดยวิทยากรที่มีในหน่วยงาน หรือขอความร่วมมือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีความชำนาญ และมีความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากสามารถลดค่าการทางจิต ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้ และผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการบำบัด แต่การบำบัดต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดนานขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และได้วางแผนในขั้นตอนที่ 4) การวางแผนการพัฒนาการใช้ และการประเมินนวัตกรรม (Developing, implementing, and evaluating the innovation) โดยการวางแผนในการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Pilot study) โดยร่วมกับทีมพยาบาลของงานจิตเวชชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การหาที่พักอาศัยให้กับผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญ จึงควรมีการจัดเตรียมและวางแผนในการหาที่พักอาศัยให้กับผู้ป่วยตั้งแต่เบื้องต้นก่อนเริ่มการใช้โปรแกรม เช่น สถานสงเคราะห์ วัด เป็นต้น

2. เนื่องจากในการศึกษารั้ครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับปรุงใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการนำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่า คຸ້มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้มากที่สุด

3. ควรมีการศึกษาถึงความเหมาะสมของการนำบุคลากรที่ทำงานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community workers) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ และควรนำอาสาสมัครในชุมชน เช่น อสม. อสส. เข้ามาร่วมในทีมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เป็นการลดชั่วโมงการทำงานของผู้จัดการรายกรณี (case manager) และลดค่าใช้จ่าย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR USING ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT FOR HOMELESS PERSONS WITH MENTAL ILLNESS

กฤษฎา อำคา 4836949 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of the study)

คนไร้บ้าน เป็นปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขมานานเป็น 10 ปี การเป็นคนไร้บ้านทำให้เกิดอัตราความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางจิต อัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป (Fichter & Quadflieg, 2003; Munoz et al., 2002; Salize et al., 2002 อ้างใน Lauber, Lay & Rossler, 2006) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าประมาณ 25-35% ของคนไร้บ้าน มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรค schizophrenia, bipolar disorder, major depression and drug dependence (Folsom & Jeste, 2002) และพบว่า 18% ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นคนไร้บ้าน (Rosenheck, Frisman & Chung, 1994 อ้างใน Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan, 2005)

จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีประวัติมีความยากจน ว่างงาน หรือได้รับค่าจ้างที่ต่ำ (Peterson, 1993) ใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ขาดการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer & Walkup, 1999) ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่วนใหญ่มากจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติปฏิเสธการให้การช่วยเหลือดูแล (Caton, Shrout, Eagle, Opler, Felix & Dominguez, 1994) รวมทั้งรูปแบบ

การบริการติดตามดูแลเมื่อมีปัญหา หรือเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาย่างถูกต้องและต่อเนื่องได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลายเป็นคนไร้บ้าน (Lamb & Lamb, 1990) และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ชุมชน สังคม กล่าวคือ ผลจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความด้อยสมรรถภาพในการดูแลตนเองหรือการทำกิจวัตรประจำวัน มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม บุคคลกลุ่มนี้จะขาดปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังทางกายสูงกว่าคนไร้บ้านที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย (Peterson, 1993) การขาดคนดูแลขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการที่มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอยู่ในชุมชน (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990) และผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย หรืองบประมาณของรัฐต้องเสียเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการในสถานสงเคราะห์ และบริการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008)

แนวทางการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในปัจจุบัน จึงเน้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลัก (community-based psychiatric care) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยหรือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและบุคลากรขององค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดกิจกรรมการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว บทบาทหน้าที่ การงาน การเงิน สังคม ส่งเสริมการมีกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างสรรค์แทนการใช้สุราและสารเสพติด และการบริหารจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม บริบทและแหล่งสนับสนุนของสังคมในแต่ละชุมชน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission rate) ในโรงพยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนที่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) (Phillips, Burnes, Edgar, 2001)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เหมาะสม มีมาตรฐาน และคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานและปกติสุขยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิจัยทางการ
พยาบาลของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้
ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

1. ลิงกระตุ้นจากประสบการณ์การทำงานในคลินิก (Problem-focused trigger)

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หลังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้น พบว่ามีปัญหาในการหา
แหล่งที่อยู่ให้กับผู้ป่วย ไม่มีแหล่งรองรับหลังจำหน่าย นักสังคมสงเคราะห์ต้องส่งผู้ป่วยเข้าสถาน
สงเคราะห์ จากข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 ดังนี้ ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 35 ราย
ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 44 ราย ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 42 ราย และใน ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 46 ราย
(งานเวชระเบียน สถาบันกัลยาณราชนครินทร์) และพบว่าส่วนหนึ่งหลบหนีออกจากสถาน
สงเคราะห์ หรือจากสภาพของคนที่มมีอาการทางจิตประสาท ทำให้พลัดหลงออกจากสถานสงเคราะห์
โดยไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ต้องเร่ร่อนตามที่สาธารณะในลักษณะคนไร้บ้าน
มีอาการทางจิตรุนแรงหรือก่อคดี และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. จากการทบทวนวรรณกรรม (Knowledge-focused trigger)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดที่ช่วยให้อาการทางจิต
จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และ
มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ได้รับการยอมรับคือ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกใน
ชุมชน (assertive community treatment) เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้ เน้นการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปรึกษาร่วมกันในการวินิจฉัยปัญหา วางแผนการ
บำบัดดูแล และประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีผู้บำบัดดูแล
เฉพาะแต่ละคน โดยมีการแบ่งจำนวนผู้ดูแลต่อผู้ป่วยในสัดส่วนประมาณ 1:10 และทีมจะให้การ
สนับสนุนช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีม

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

(Assembling and Evaluating Evidence)

1. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002) ดังนี้

P (Population): ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

I (Intervention): โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน ผลลัพธ์รอง คือ ลดอาการทางจิต เพิ่มคุณภาพชีวิต

2. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ P= severe mental illness, psychotic disorder, homeless persons, homelessness; I= assertive community treatment, intensive case management, O= psychiatric symptoms, hospitalization, quality of life

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอายุ 18 ปี ขึ้นไป วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดอาการทางจิต ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน เพิ่มคุณภาพชีวิต เลื่อนชนิดของงานวิจัยทั้ง Systematic review, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trials, Quasi-experimental study ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 - ค.ศ. 2008 และเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

4. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, MEDLINE, PubMed, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell-synergy, และการสืบค้นด้วยมือ

5. การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2006) และใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของมิวนิกและไฟน์เอาท์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง

1. วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด สังเคราะห์เป็นการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

2. นำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จำนวน 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

1. **ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล:** การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
2. **วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล:** เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
3. **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย:** ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนน หรือสถานที่พักชั่วคราว ที่พักฉุกเฉิน สถานสงเคราะห์ อย่างน้อย 10 วันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยเป็นคนไร้บ้านอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วงชีวิต และเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบ 3 ปี หรือเคยอยู่รักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 42 วันในรอบ 3 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคของ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก
4. **กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ:** พยาบาลจิตเวชและบุคลากรในทีมสุขภาพจิต ที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT)
5. **ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ:** ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรม มีอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
6. **การดำเนินโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน**

การดำเนินการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จำเป็นต้องมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยสมาชิกทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ (Lehman et al., 1997: Level II) หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด สมาชิกทีมต้องเข้าร่วมในการประชุมปรึกษา เพื่อวางแผนการ

ดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์/ครั้ง ในช่วงแรกทีมอาจต้องร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการและวางแผนการดูแล เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและสามารถดูแลตนเองได้อาจให้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลและนำปัญหาของผู้ป่วยเข้ามาปรึกษาในทีม ซึ่งการดำเนินการบำบัดจำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลในเรื่องต่างๆ ในองค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) 3) การให้การปรึกษา (counseling) 4) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) 5) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) 6) การจัดการด้านการเงิน (financial management) 7) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 8) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) 9) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้จะให้บริการอยู่ในรูปแบบการดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ Engagement (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบและทีมบำบัดส่งผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปให้บริการในชุมชน เป็นการให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดูแลช่วยเหลือในเรื่องความเป็นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II) รวมทั้งการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น อาการทางจิตกำเริบ วุ่นวาย ะอะอาละวาด ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Wolff et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินหรือมีอาการทางจิตรุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า การจัดการเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนและสังคม

วิธีดำเนินการ

1. การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) ให้การดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยมีอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ทีมมีการประสานกับผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

2. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยเป็นผู้บำบัดดูแลโดยตรงหรือการประสานงานให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้านจิตเวช (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II)

3. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การช่วยผู้ป่วยหาที่พักอาศัย ห้องเช่าที่เหมาะสม ปลอดภัย (Lehman et al., 1997: Level II) หรือส่งสถานสงเคราะห์ ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน

4. การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการจัดการเอกสาร การเอื้ออำนวยเกี่ยวกับสิทธิบัตรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล เช่น การทำบัตรผู้พิการ บัตรผู้ไม่มีรายได้ (Morse et al., 1992: Level II)

2. ระยะ Stabilization (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและสามารถหาที่พัก หรือที่พักชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยแล้ว และเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มต้นที่จะพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน ผู้ป่วยและทีมมีการวางแผนร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายให้ผู้ป่วยฝึกการดำรงชีวิตด้วยตนเอง วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

2. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนและส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษาด้วยยา การสังเกตอาการนำและการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II; Wolff et al., 1997: Level II) การดูแลเรื่องยา (medication support) ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) การฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) (Wolff et al., 1997: Level II) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับสารเสพติด หรือการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับยาเสพติดดูแล

เช่น ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การเข้ากลุ่มเลิกสุรา (Lehman et al., 1997: Level II)

2. การให้การปรึกษา (counseling) ให้การดูแลช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและการจัดการกับความเครียดโดยใช้หลักการของ psychotherapy เช่น supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy มีการให้การปรึกษอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร (Lehman et al., 1997: Level II) การจัดการกับปัญหา (Morse et al., 1992: Level II) หรือการแก้ปัญหาในแต่ละวัน (Morse et al., 1997 : Level II) ในกรณีที่สามารถติดต่อครอบครัว หรือสืบทอดครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้ ให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ประสานให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย และให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Lehman et al., 1997: Level II)

3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการสอนให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลที่อยู่อาศัย (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) ฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน (skill training and assistance in activities of daily living) (Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชน (community living skills) (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II) สอนทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal skills management) (Morse et al., 1992: Level II)

4. การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) ได้แก่ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพศสัมพันธ์ (Lehman et al., 1997: Level II)

5. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการช่วยเหลือในการรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ (payee services) (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II) การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่างๆ ในช่วงแรกและให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้จ่ายและบริหารเงินเองในการจ่ายค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

6. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) โดยพัฒนาทักษะการทำงาน ส่งเสริมการทำงานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) (Morse et al., 1992: Level II; Wolff

et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) และการปรับตัวในการทำงาน (Morse et al., 1992: Level II)

3. ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment

เป็นระยะที่ติดตาม สนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ยังต้องได้รับการติดตามดูแล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื้อรังและต้องมียาในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองในชุมชน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เพื่อเป็นการป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ให้การดูแลช่วยเหลือในเรื่องการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการนำที่ควรรับมาโรงพยาบาล เช่น อาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด หวาดระแวง และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยการรับประทานยาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การงดใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ
2. การให้การปรึกษา (counseling) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติม
3. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนที่พักหรืออยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือมีการสนับสนุนช่วยเหลือโดยญาติหรือครอบครัวที่สามารถติดตามได้ ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า (Lehman et al., 1997: Level II) เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยว่าสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน เจ้าของห้องเช่าหรือครอบครัวได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ช่วยกลับเข้ามาในที่พักที่มีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลและประเมินอาการได้
4. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยเป็นคนจัดการการเงินทั้งหมดด้วยตนเอง
5. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) เป็นการพัฒนาทักษะในการทำงานและแก้ปัญหาในวิธีการทำงานและปัญหากับผู้ร่วมงาน โดยการเข้าไปประเมินว่าผู้ป่วย

สามารถทำงานได้หรือไม่ เข้ากับนายจ้างหรือผู้ร่วมงานได้หรือไม่ ยังมีทักษะอะไรที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

4. ระยะจำหน่าย (Discharge)

การเข้าร่วมโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตลอดตามความต้องการ ไม่กำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน (Morse et al., 1992 : Level II ; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาโปรแกรมใหม่ได้ (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนโดยดูแลตนเองได้ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ
2. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. มีการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดดูแลตนเองและปรับตัวอยู่ในชุมชนได้
2. มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้และอาการทางจิตคงที่ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ

7. การประเมินผลลัพธ์

7.1 ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II) ประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและประเมินเป็นระยะคือ 2, 6, 12, 18 เดือน

7.2 ประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

7.3 ประเมินการลดการเป็นคนไร้บ้าน โดยการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในที่พักที่ผู้ป่วยจัดหาเองหรือเจ้าหน้าที่จัดหาให้ (stable housing) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II)

7.4 ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ Quality of Life Interview (QOLI) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Lehman et al., 1997: Level II)

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

(Assessing Implementation potential)

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องของหลักฐานเชิงประจักษ์กับบริบทของหน่วยงาน

- การดำเนินการโครงการโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ของหน่วยงาน คือ การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและนิจิตจิตเวชให้มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และภารกิจหลักของหน่วยงานภารกิจหนึ่งคือ การบริการจิตเวชชุมชนและเครือข่าย จึงเน้นให้บุคลากรพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนำองค์ความรู้นี้มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง เนื่องจากลักษณะผู้รับบริการของสถาบันฯ คือ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการนำแนวปฏิบัตินี้มาใช้จะมีความเป็นไปได้ที่จะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ต้องการ

2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement)

- การดำเนินโครงการโดยนำรูปแบบโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่เข้ารับการรักษาสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง แต่ต้องผ่านความเห็นชอบของทีมบริหารของสถาบันฯ และทีมปฏิบัติการ ปัจจุบันทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) ที่ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบซ้ำและเข้ารับการรักษาสถาบันบ่อๆ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ทางสถาบันกัลยาณราชนครินทร์มีนโยบายให้มีการบำบัดดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสถาบันฯ ก็ให้การดูแลโดยการหาแหล่งที่อยู่โดยการส่งสถานสงเคราะห์ และเนื่องจากสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ เป็นสถาบันที่ให้การบริการตติยภูมิที่เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยาก

ซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ขาดแหล่งสนับสนุนดูแล มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ดังนั้นถ้าใช้แนวปฏิบัตินี้คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ

- การดำเนินโครงการนี้สามารถสอดแทรกเข้าสู่งานประจำโดยการผนวกเข้ากับกลุ่มงานจิตเวชชุมชน เนื่องจากกลุ่มงานจิตเวชชุมชนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานสงเคราะห์อยู่แล้วคือ สถานสงเคราะห์กลุ่มสระแก จังหวัดเพชรบุรี สถานสงเคราะห์ประจวบโชค จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ แต่จะต้องมีการจัดเตรียมตารางเวลาที่เหมาะสมในการให้การบำบัดเพื่อไม่ให้รบกวนหรือมีผลกระทบต่อกิจกรรมบำบัดอื่นๆ

3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่ได้รับจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร

- จากผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบรายงานความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคลากรและหน่วยงาน แต่ในการนำไปปฏิบัติจริงอาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หวาดระแวงหรือมีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายผู้อื่น โดยที่เจ้าหน้าที่ประเมินไม่ทันหรือขาดทักษะในการช่วยเหลือ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานสงเคราะห์อาจเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นในสถานสงเคราะห์ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คุณลักษณะหรือความพร้อมในการรับการบำบัดโดยวิธีนี้ของผู้ป่วยนอกเหนือจากคุณสมบัติของการเป็นคนไร้บ้าน

- การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีวิธีการและการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลในหน่วยงานใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และการประเมินผลประมาณ 1-3 ปี หรืออาจต่อเนื่องยาวขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการบำบัดโดยวิธีนี้จะเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิตและผลกระทบต่อตนเอง ชุมชนและสังคมของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านแล้ว การบำบัดโดยวิธีนี้จะทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดจะมีผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ การงาน คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการซึ่งถือว่าคุ้มค่าคุ้มทุน

ขั้นตอนที่ 4. การพัฒนาการใช้ และการประเมินนวัตกรรม

(Developing, implementing, and evaluating the innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเพื่อการนำไปทดลองใช้ และประเมินผลนวัตกรรม สิ่งทีผู้ศึกษาวางแผนที่จะนำผลการศึกษากลับไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษามีดังนี้

1. พัฒนาคู่มือการบำบัดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยกล่าวถึงแนวคิด หลักการ เนื้อหา วิธีการบำบัด อุปกรณ์และการประเมินผลการบำบัด รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการบำบัด

2. การเตรียมความพร้อมเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ และผู้ศึกษาวางแผนประเมินผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและประเมินจากการลดอาการทางจิตโดยการประเมินอาการทางจิตก่อนเข้าโปรแกรมและประเมินเป็นระยะคือ 2, 6, 12, 18 เดือน ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ประเมินการลดการเป็นคนไร้บ้าน โดยการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในที่พักที่ผู้ป่วยจัดหาเองหรือเจ้าหน้าที่จัดหาให้ (stable housing) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ประเมินคุณภาพชีวิต ประเมินด้วยเครื่องมือ Quality of Life Interview (QOLI) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

3. ผู้ศึกษาวางแผนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินกระบวนการบำบัด และผลการบำบัดโดยการศึกษานำร่อง โดยการท่วิจัยแบบ one group และทำ Pre-test, Post-test โดยใช้ข้อมูลอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลาการเป็นคนไร้บ้านและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นฐาน (Pre-test) เปรียบเทียบหลังการบำบัดทำให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Post-test)

4. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต่อผู้บริหารองค์กร เพื่อขออนุมัติการศึกษานำร่อง (Pilot study) และให้ข้อมูลกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานต่อไป

5. มีการฝึกอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการนำร่องโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และทดลองปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาโดยตรงและประสานความร่วมมือกับองค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

6. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในโรงพยาบาลก่อนและติดตามการบำบัดในชุมชน เช่น กรณีส่งผู้ป่วยสถานสงเคราะห์ และประเมินกระบวนการบำบัดว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไรและควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไรถ้าจะนำไปปฏิบัติจริงต่อไป ประเมินผลลัพธ์ว่าได้ตามที่คาดหวัง คือ อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่

7. ถ้าประเมินผลจากการศึกษานำร่องแล้วพบว่าแนวปฏิบัติใช้ได้ผล คุ่มค่า คุ่มทุน จะขออนุมัติจากทีมบริหารเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยการบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้าเป็นงานประจำของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และจัดให้มีการศึกษาพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่มีการศึกษานำร่อง ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องศึกษาที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ดังนี้

1. ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและควรได้รับการฝึกฝนและนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญ ในการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อสามารถให้การบำบัดดูแลที่มีมาตรฐาน
2. ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรผ่านการฝึกใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of Life Interview (QOLI) เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำ
3. การหาที่พักอาศัยให้กับผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญ จึงควรมีการจัดเตรียมและวางแผนในการหาที่พักอาศัยให้กับผู้ป่วยตั้งแต่เบื้องต้นก่อนเริ่มการใช้โปรแกรม เช่น สถานสงเคราะห์ วัด เป็นต้น
4. เนื่องจากในการศึกษานำร่องนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับปรุงใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการนำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่า คุ่มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้มากที่สุด ดังนั้นหากประยุกต์โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้ในการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านตามบริบทของสังคมไทยน่าจะมีความเหมาะสม และได้ผลลัพธ์ตามการศึกษาในต่างประเทศ

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR USING ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT FOR HOMELESS
PERSONS WITH MENTAL ILLNESS

KRISANA AUMKA 4836949 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SRIHIRUNWONG, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Homeless persons are problems in public health for more than 10 years. Homeless persons have a higher rate of physical and mental illnesses than normal persons (Fichter & Quadflieg, 2003; Munoz et al., 2002; Salize et al., 2002 cited in Lauber, Lay & Rossler, 2006). In the United States it was found that 25-35% of homeless persons had severe mental health problems such as schizophrenia, bipolar disorder, major depression, and drug dependence (Folsom & Jeste, 2002). In addition, 18% of patients hospitalized in mental health hospitals were homeless persons (Rosenheck, Frisman & Chung, 1994 cited in Folsom, Hawthorne, Lindamer, Gilmer, Bailey, Golshan, 2005).

Previous studies showed that homeless mentally ill patients were poor, unemployed, or received underpaid wage (Peterson, 1993). They used alcohol or addictive substances to get rid of their stress and mental health problems. They did not receive right medication and did not get continuous treatments resulting in more severe mental health problems (Lamb & Lamb, 1990; Peterson, 1993; Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer & Walkup, 1999). Homeless mentally ill patients came from impaired-relationship families. They did not have family supports. Their families and relatives refused to help them (Caton, Shrout, Eagle, Opler, Felix & Dominguez,

1994). Moreover, the follow up patterns of homeless patients when they had problems or when they had mental health problems were not appropriate. Inadequate accessibility to help and a lack of continuous treatment induced them to be homeless persons (Lamb & Lamb, 1990). Homelessness impacted patients, communities, and societies. Physical and mental illnesses or problems impaired self-care capability of the homeless persons. The homeless mentally ill persons could not perform family and social roles. These persons did not have four basic factors for their basic needs such as places for living, foods, and cloths so that their quality of life minimized. They also had higher rates of morbidity and mortality from physically chronic diseases than did normal homeless persons who did not have mental illness (Peterson, 1993). In addition, a lack of persons who provided care and supports for them and a lack of continuous treatment made the homeless mentally ill persons have severe mental problems. Therefore, it put a danger or un-safe feeling to a community having homeless mentally ill persons residing in the community (Tsemberis & Asmussen, 1999; Witheridge, 1990). The government or states need to pay extra when the homeless mentally ill patients get relapse and often re-hospitalized. The government also needs to spend for care in the shelters, facilities, and other services to improve their quality of life (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008).

Current practices or care interventions for homeless mentally ill patients primarily focus on community-based psychiatric care. The interventions promote patients to continuously receive mental drug treatments and enhance patients in illness management or side effects of mental drugs and other problems quickly and suitably to the problems. The interventions also support patients and personnel from related community organizations participating in planning and setting therapeutic activities and rehabilitations for patients in every aspect. The aspects of supports and helps include general hygiene care, role functioning, work, money, and society. The interventions promote the patients in using creative activities, rather than alcohol and additive substances. The interventions emphasize managing places for living in parallel with culture, contexts, and socially supportive resources of communities. The interventions help in enhancing the quality of life of homeless mentally ill patients, reducing relapse rate, and in lowering hospitalization readmission rate. Therefore, the interventions or models to care for homeless mentally ill patients in community that

are currently accepted and demonstrate providing positive outcomes to patients are the assertive community treatment programs (Phillips, Burnes, Edgar, 2001).

As a result, the investigator was interested in developing a practice guideline using assertive community treatment programs for homeless mentally ill patients. The guideline is standard and qualified to direct nursing care and practice to rightfully help homeless mentally ill patients to live in community longer and better.

Purposes of the Study

This study aimed to develop a practice guideline using assertive community treatment programs for homeless mentally ill patients.

Developing Framework

The investigator applied the conceptual framework of research utilization suggested by Polit and Beck (2004) as a guide for developing the practice guideline using assertive community treatment programs for homeless mentally ill patients. There are 4 steps in utilizing the investigator for developing an innovation, or the practice guideline in this study.

Step I: Selecting a topic or problem

1. Problem-focused trigger

Up to date, more homeless mentally ill patients have come to get treatments at Galya Rajanagarindra Institute, where the investigator works at. After their mental illness improves, the institute faces with a problem finding a place to live for them. There is no place to take these patients after mental illness treatment. Social workers, therefore, need to send the patients to assisted living facilities. A hospital report of Galya Rajanagarindra Institute showed that within the previous 4 years 22, 35, 44, and 46 patients were sent to these facilities in 2005-2008, respectively. However, some patients escaped from the assisted living facilities. Some developed illusions making them going away from the facilities. They could not tell who they were. They were on street or public places as homeless persons. They sometimes

developed severe mental problems, committed a crime, and needed readmission to the hospital.

2. Knowledge-focused trigger

A systematic review of literature showed that assertive community treatment programs for homeless mentally ill patients can help reduce mental symptoms, frequency of hospital readmission, and/or length of hospital stays as well as being homeless of persons. The programs improve the quality of life of homeless mentally ill patients. The programs are accepted because they focus on mentally ill patients who have complicated problems. The programs are run by multidisciplinary health care team discussing together for problem diagnosis, therapeutic plan, and evaluation of each individual patient. In these programs, each patient has a specific therapist; a proportion of caretaker to patients is 1:10; and the team provides supports in case the caretakers need helps from the team.

Step II: Assembling and Evaluating Evidence

1. Specifying searching criteria. PICO Framework (Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002) was used to establish search. That is,

P (Population): homeless mentally ill patients,

I (Intervention): assertive community treatment programs,

C (Comparison intervention): no comparison, and

O (Outcome): primary outcomes included reduced a frequency of hospital readmission, and/or reduced length of hospital stay, and minimized a status of being homeless persons; secondary outcomes included lessened psychiatric symptoms and improved quality of life.

2. Keyword. By using PICO framework, following keywords were used to establish search. P = severe mental illness, psychotic disorder, homeless persons, and homelessness; I = assertive community treatment and intensive case management; O = psychiatric symptoms, hospitalization, and quality of life.

3. Criteria for selecting research evidence. The investigator studies regarding assertive community treatment for homeless mentally ill patients aged more than 18 years old. Outcomes of the studies included reductions of a frequency of hospital

readmission, and/or reduced length of hospital stay, a status of being homeless persons, and of psychiatric symptoms and an improvement of quality of life. The studies consisted of systematic review, meta-analysis, randomized-controlled trials, quasi-experimental studies. Full-paper studies published in either Thai or English from 1990-2008 were selected.

4. Research data bases. The investigator sought for the evidence from published research studies and non-published research studies both in Thai and in English. For the electronically published studies, the investigator established search from www.guideline.gov, www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au, MEDLINE, PubMed, CINAHL, Ovid, Science Direct, and Blackwell-synergy. For non-published papers, the investigator used hand-search.

5. Evaluation for quality and level of evidence.

Polit and Beck's (2006) criteria for evaluating quality of evidence were applied. Melnyk and Fineout-Overholt's (2005) criteria for evaluating level of evidence were used. The search outcome included six research studies. The studies were evaluated for their quality and strictness of evidence. It was found that the reliability of evidence was in level II (evidence obtained from at least one-well designed randomized controlled trials: RCTs) for all six studies. The investigator, then, developed the practice guideline based on these six studies and validated the guideline afterwards. What follows are a description of developing a clinical nursing practice guideline for using assertive community treatment for homeless persons with mental illness.

1. The investigator analyzed all six research studies and summarized contents and key concepts found in all studies. The investigator synthesized the knowledge gained from these six studies in order to be used in developing the clinical nursing practice guideline for using assertive community treatment for homeless persons with mental illness. The investigator validated the synthesized knowledge with the investigator study advisors. Then, the investigator developed the practice guideline.

2. The investigator brought the drafted guideline to five experts for content and language validation. The experts included two mental health and psychiatric nursing instructors, one psychiatrist, an advanced nurse practitioner in

mental health and community psychiatric nursing, and a nurse specialist in mental health and psychiatric nursing. The investigator corrected and improved the practice guidelines as suggested by experts. Below are details of the clinical nursing practice guideline for using assertive community treatment for homeless persons with mental illness.

Clinical Nursing Practice Guideline for Using Assertive Community Treatment for Homeless Persons with Mental Illness

- 1. Title of the practice guideline:** Clinical Nursing Practice Guideline for Using Assertive Community Treatment for Homeless Persons with Mental Illness
- 2. Objectives of the guideline:** The guideline aims to guide helps, therapies, and health rehabilitations provided to homeless mentally ill patients by using assertive community treatment programs.
- 3. Target populations:** Target populations are homeless mentally ill patients who have been residing on street or temporary shelters, emergency shelters, stable houses, and assisted living facilities for homeless persons at least 10 days in the past month. The target population also includes homeless mentally ill patients who used to be homeless at least 3 times in their lives or used to be hospitalized 2 times within previous 3 years. When they were treated at out-patient or in-patient clinic, they were diagnosed for their mental illness, as classified by DSM-IV-TR or ICD-10.
- 4. Target guideline users:** Psychiatric nurses and staff of mental health care team who have been trained in assertive community treatment (ACT).
- 5. Expected outcomes from using the practice guideline**

Homeless mentally ill patients who participate in the programs show reducing in the frequency of having mental health symptoms, number of hospital readmission, and/or length of hospital stay, and in being homeless persons. The program participants also have better quality of life.

6. Program implementation

The implementation of assertive community treatment programs for homeless mentally ill patients needs a multidisciplinary team, who works together in the patient therapy. Team members include psychiatrists, nurses, psychologists, and social workers (Lehman et al., 1997: Level II) or peer specialists such as substance

addiction therapists, nutritionists, and activity therapists. The team members need to join in group meeting twice a week to plan for patients care. Initially, the team may assess patients' problems and plan to care the patients together. After patients' mental problems get calm down and the patients can take care themselves, the team may have patients' case managers taking care the patients instead. The case managers can bring patients' problems to consult the team later. In the program implementation, the program therapy covers 9 components: 1) mental illness, 2) crisis management, 3) counseling, 4) daily living skills, 5) health promotion, 6) financial management, 7) housing assistance, 8) legal entitlements, 9) work opportunities. These program components are put in four stages, as described below.

1. Engagement (Dixon et al., 1995 cited in Lehman et al., 1997: Level II)

The care in this initial stage starts after the homeless mentally ill patients, who were hospitalized and treated until their mental problems subside, were sent back to community by their therapy team. In this stage, the multidisciplinary team enters the community to provide helps and services for patients in the community. The team provides helps and services to patients dependently on their individual needs and on their basic needs such as foods, living places, and cloths (Morse et al., 1992: Level II). Also, the team provides helps to patients having emergent problems such as a flare up of mental problems, agitation, threatening other people, and having risks to harm themselves and others (Wolff et al., 1997: Level II).

Objectives

1. To provide the therapy for patients when they have acute mental problems or when they have severe mental problems.
2. To help patients receiving services fitting their basic needs such as living places, foods, and legal entitlements.
3. To encourage patients receiving helps and supports from community and society.

Implementation

1. The therapists work for crisis management. The therapists provide helps in acute cases; for example, a patient may harm himself or others. The therapists working as multidisciplinary team may coordinate with service sectors or health care

providers working on-call to provide emergent helps to patients throughout 24 hours (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II).

2. Mental illness care to the patients is directly provided by the therapists. The therapists may coordinate with service sectors for patients to receive mental care and services (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II).

3. For housing assistance, the therapists help in finding supportive resources for housing patients. The therapists help patients in finding a place for living such as a safe and suitable apartment for rent (Lehman et al., 1997: Level II), or send patients to assisted living facilities. The housing assistance depends on a policy of organizations or states.

4. The therapists advocate for the patients' entitlements. The therapists help in preparing documents and facilitate in the filing documents for patients' rights regarding care and therapy such as the rights as being disable and unemployed (Morse et al., 1992: Level II).

2. Stabilization (Dixon et al., 1995 cited in Lehman et al., 1997: Level II).

In this stage mental health problems of patients are stable. The therapists find places or temporary shelters for living to patients. Patients start to develop skills in living in community. Together, patients and team plan to set a goal for patients to live independently.

Objectives

1. To enhance patients' self-care ability and their coordination for getting medication and preventing complications.
2. To help patients develop skills in living in the community and promote their physical and mental health.
3. To help patients and therapists coordinate together for patients' problem management and promote patients' adaptation towards their daily living.

Implementation

The implementation focuses on the following areas.

1. Mental illness care. The therapists educate the patients about mental health, mental health illness regarding causes, symptoms, medication, observing initial signs, and preventing illness relapse (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II; Wolff et al., 1997: Level II). The therapists provide medication supports by

facilitating patients to receive medication (Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II). The therapists also train patients for their symptom management (Wolff et al., 1997: Level II). The therapists provide health education on substance abuse or referring patients to substance addiction therapists. Furthermore, the therapists may use motivational interviewing to motivate patients to stop using addictive drugs and to join an alcohol-quitting club (Lehman et al., 1997: Level II).

2. Counseling. The therapists help in solving daily life's problems and stress management by using psychotherapy techniques such as supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy. The therapists provide counseling continuously. The therapists, as multidisciplinary team, set a goal in providing care and supports to patients. This team work enhances communication skills (Lehman et al., 1997: Level II), problem management skills (Morse et al., 1992: Level II), or daily problem-solving skills (Morse et al., 1997: Level II). For patients whom the team can contact their family or find an adopted family, the therapists provide counseling and mental health education to the family members, coordinate with families to accept patients, and support families in taking care of patients (Lehman et al., 1997: Level II).

3. Activities of daily living. The therapists educate patients to keep their apartments clean and promote patients' skills in taking care of their living places (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II). The therapists also provide skill training and assistance in activities of daily living to patients (Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II), teach the patients community living skills (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II), and also teach them interpersonal skills management (Morse et al., 1992: Level II).

4. Health promotion. The therapists provide health promotion and care for medical illness. The therapists educate the patients in health prevention or disease risk factors. They bring patients to have physical and mental exams. The therapists help the patients in scheduling for the exams. They also educate the patients about hypertension, diabetes mellitus, and health behaviors regarding exercise, stress release, and sexual health (Lehman et al., 1997: Level II).

5. Financial management. The therapists help the patients for their money management and payee services (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II). At the beginning the therapists help patients in

planning of money spending. Later, the therapist let the patients have a try at their money spending and manage their money in the spending of room renting, foods, and cloths (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II).

6. Work opportunities. The therapists improve the patients' working skills and encourage the patients to work as volunteers and to have part-time work (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II). The therapists also improve patients' adjustment to their work (Morse et al., 1992: Level II).

3. Maintenance and Ongoing Treatment

This stage aims to help patients to be able to live in the community and to take care themselves. Patients in this stage need follows-up from the therapists because some patients may have urgent problems and need a strategy to build a relationship with family. Additionally, the patients in this stage need encouragements from the therapists to have a job and to avoid using addictive substances. The maintenance and ongoing treatment also aim to prevent patients' mentally ill relapse (Dixon et al., 1995 cited in Lehman et al., 1997: Level II).

Objectives

1. To help patients live in the community and prevent their mentally ill relapse.

Implementation

The implementation for this stage emphasizes the following aspects.

1. Mental illness care. In order to prevent addictive substance use and mentally ill relapse, the therapists emphasize patients to observe their initial symptoms that they should come to get helps and care at the hospital. These symptoms include insomnia, lack of concentration, agitation, and paranoid. The therapists prevent the mentally ill relapse of the patients by encouraging the patients to take medicine continuously, come to see their psychiatrists as scheduled, abstain from addictive drug use, and avoid any stimulants causing the relapse.

2. Counseling. The therapists provide counseling if patients have problems or need counseling.

3. Housing assistance. In this stage, patients can change their residing places, live in the proximity areas, or get helps and supports from their relatives or families that can be contacted or followed-up. The therapists provide helps and supports by encouraging a good relationship between the patients and room leasers (Lehman et al., 1997: Level II). The therapists visit patients to see if they can live with others in the community, with their room leasers, or families. If patients have problems in that they cannot live in the community well, the therapy can allow patients to be back in shelters or assisted living facilities that have staff to care and assess their mental symptoms.

4. Financial management. In this stage, patients totally manage their money by themselves.

5. Encouraging work opportunities. The therapists encourage patients to improve their working skills, solve their work problems, and correct their problems with their coworkers. The therapists assess if patients can work, get along with their employers and coworkers, or if patients have skills or problems that need improvement or correction.

4. Discharge

This stage focuses on acceptance and commitment therapy (ACT) participation programs. Patients can participate ACT programs as much as their need. The programs are not specific for time-ending. They are flexible for patients' problems relating to homeless (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II). If patients do not have severe mental illness, can take care themselves, and patients and therapy team have the same notion in that patients can leave the programs, the patients may receive follows-up via telephone as case management programs. The follows-up take at least 6 months. If patients have problems, they can be allowed to get back to the programs (Dixon et al., 1995 cited in Lehman et al., 1997: Level II).

Objectives

1. To help patients live in the community by having their self-care and having no mentally ill relapses.

2. To help patients having better quality of life.

Implementation

1. Together the therapists and patients assess patients' conditions. Both agree that patients can take care themselves and adjust themselves in community residing.

2. If patients can adjust themselves living in the community and have no mentally ill relapses, the therapists continuously evaluate the outcomes of program therapy at least in the next 6 months.

7. Outcome evaluation

7.1 Psychiatric Rating Scale (BPRS) is used to evaluate mental symptoms (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II). Patients are evaluated before participating in the program and at 2nd, 6th, 12th, and 18th month.

7.2 Frequency and/or length of stay in hospital are evaluated before and after the program participation.

7.3 Homeless status is evaluated by comparing between days that patients live at the places they find by themselves and that patients live at stable houses the officers find for them. The homeless status is evaluated before and after the program participation (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II).

7.4 Quality of Life Interview (QOLI) is used to evaluate before and after the program participation (Lehman et al., 1997: Level II).

Step 3: Assessing Implementation Potential

The investigator assessed the developed clinical guideline for its implementation potential to be used in providing therapy to homeless persons. The evaluation was focused on the following aspects.

1) Transferability of the guideline to real practice. The investigator considered if the evidence-based practice of the guidelines fits with contexts of organization (Galya Rajanagarindra Institute).

- The investigator found that the implementation of the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients harmonizes with one of organizational strategies, or of Galya Rajanagarindra Institute's strategies. This strategy emphasizes a continuously quality improvement of mental health services and legal aspects of mental health. One of primary organizational tasks of Galya

Rajanagarindra Institute is providing mental health services in community and its network. The institute pinpoints staff development in relation to building knowledge regarding patient care and supports based on evidence-based practice. The institute supports staff bringing evidence-based knowledge to develop clinical practice guidelines for providing quality rehabilitation to its clients. As a result, a clinical nursing practice guideline, which is developed as evidence-based practice, can reduce psychotic symptoms, a number of and/or a length of hospital stay, lessen staying homeless of patients, and improve quality of life of patients. This guideline is in accord with a need of the institute. It is possible for the institute to apply the guideline in the real practice because the clients of the institute are homeless persons similarly to samples in the research studies that the investigator used to develop the guideline. Furthermore, a trend of homeless persons coming for care and treatments at the institute increases. Therefore, the implementation of this guideline potentially results in outcomes, as expected.

2) Feasibility of implementation

- It is possible to apply the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients, who come for care and treatment at Galya Rajanagarindra Institute. However, the program needs to be approved by the administrative team and practice team of the institute. Currently, a multidisciplinary team of Patient Care Team (PCT) of the institute is composed of psychiatrists, nurses, clinical psychologists, social workers, and activity therapists. The team prioritizes the developments of therapy models for patients having complicated clinical symptoms such as chronic schizophrenia patients experiencing relapse and often having hospital readmissions and criminal patients. The institute has a multidisciplinary team to help patients and find care and supportive resources in the community for patients. The team finds assisted living facilities for patients if they do not have places to live. The institute is in tertiary level of services providing care and treatments for patients having complicated problems, particularly, those who are homeless mentally ill patients with no support and care from others. These patients can get relapses and have high hospital readmission rates. As such, using this guideline is potentially supported by the administrative team and multidisciplinary teams of the institute.

- The guideline can be implemented through routine practice of community mental health division of the institute. The division already provides care and supports to homeless mentally ill patients living at Kumsakea Assisted Living Facility, Petchaburi Province and at Prajoubchoke Assisted Living Facility, Prajoubkirikant Province. However, in utilizing the guideline to this routine practice the division needs to appropriately schedule the guideline programs in order to not disturb other programs' activities.

3) Cost-benefit ratio assessment

Cost-benefit ratio assessment refers to the assessment of investment cost, benefit, and risks in utilizing the guideline that incurs to patients, staff, and organization.

- According to a review of research literature, there is no risk or hazard happening to patients, staff, and organizations. However, in the real practice some risks may occur. For examples, patients may have severe mental problems, paranoid, or severe unwanted behaviors such as harming other people while staff do not pay attentions, have not yet assessed the patients, or have a lack of skills in helping the patients. In another case, there is a risk for patients living in assisted facilities to harm staff and other people in the facilities. Therefore, the therapists need to assess patients' psychotic signs and symptoms, risks to have aggressive or severe behaviors, and characteristics as well as their readiness to receive to this therapy, besides their qualification as being homeless persons.

- In the utilization of the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients that come from evidence-based research or practice, methods and outcome evaluation of the program are obvious. Therefore, mental health nurses at the division or organization provide the therapy or treatment program in the same direction. The therapy program is conducted by multidisciplinary team. The program implementation and evaluation take 1-3 years or longer dependently on problems and needs of patients. Even though therapy consumes high cost, it is worthwhile considering physical and mental health problems and consequences of the problems to patients, community, and society. The therapy reduces mental symptoms, frequency of and/or length of hospital stay, and staying homeless and improves the quality of life of patients. The therapy can help decreasing inpatient care spending of

organization. The therapy results in improving functional roles, work, and quality of life of patients.

Step 4: Developing, implementing, and evaluating the innovation

This step is related to planning for a pilot implementation and evaluating the guideline innovation. The investigator plans to apply the results of this study, which is the clinical practice guideline for assertive community treatment program for homeless mentally ill patients, in real practice after the investigator graduation. The investigator will perform the following tasks.

1. The investigator will develop a handbook for the guideline users in order to facilitate utilizing the practice guideline. The handbook includes concepts, principles, contents, therapy methods, materials, therapy evaluation, and preparing materials ready for the therapy.
2. Preparing tools evaluating the program outcomes. The investigator plans to evaluate desired outcomes by interviewing homeless mentally ill patients. The investigator also plans to assess patients' mental symptoms before participating the program and reduced mental symptoms at 2nd, 6th, 12th, and 18th month after participating the program. The investigator will apply Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) to evaluate psychotic symptoms and a frequency of and/or length of hospital stay. The evaluation will be conducted before and after the program participation of patients. Less spending homeless of patients is also evaluated by comparing days that patients stay at provided stable houses before the program and after the program participation. The quality of life of patients is assessed before and after the program participation by using Quality of Life Interview (QOLI).
3. The investigator plans to conduct a pilot-test of the guideline and evaluate the process and outcomes of program therapy. In doing so, the investigator will conduct a one-group and pre-post test design study. For the pre-test, the investigator will use data regarding psychotic symptoms, a frequency of and/or length of hospital stay, duration of staying homeless, and quality of life of patients before entering the therapy program. With regards to post-test, the investigator will evaluate reductions of psychotic symptoms, a frequency of and/or length of hospital stay,

duration of staying homeless, and an improvement of quality of life of patients after participating in the program therapy.

4. The investigator will present the practice guideline for assertive community treatment program for homeless mentally ill patients to the administrative team or authoritative persons of organization. The presentation aims to get permission from them in conducting a pilot study and share information with involved staff. The presentation is intended to solicit the staff's co-operations and for the staff to consider the possibility of applying this guideline to real practice of organization.

5. The investigator will provide training to multidisciplinary teams that participate in the pilot study utilizing the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients. The teams will practice using the guideline with these patients after granting permission from organization's administrator and direct supervisors to conduct the pilot study. Also, the investigator will coordinate with related organizations, both inside and outside the institute.

6. The investigator will conduct a pilot study in using the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients. The investigator will evaluate the process of therapy if it is practical, any problems or barriers arise, and any areas need improvement when the guideline is applied in real practice. Moreover, the investigator will evaluate desired outcomes including reductions of mental symptoms, a frequency of and/or length of hospital stay, and of duration of staying homeless as well as an improvement of quality of life of patients.

7. If the pilot study reveals that the guideline is effective and efficient, the investigator will solicit permission to implement the guideline in daily practice from the administrative team for making change in the organization. The implementation of guideline will be integrative with routine work of organizations involving with Galya Rajanagarindra Institute. The investigator will encourage the organizations to continuously improve the quality of this practice guideline.

Recommendations

This practice guideline has not been pilot study yet. The investigator would like to provide following recommendations to the users interested in applying

this guideline.

1. The guideline users should have experiences in caring homeless mentally ill patients. They should receive training and supervisions from experts in using the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients in order to provide standard care and therapy.

2. The outcome evaluators should have been trained how to apply assessment tools such as Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Quality of Life Interview (QOLI) in order to evaluate for reliable and valid outcomes.

3. The assertive community treatment program for homeless mentally ill patients emphasizes providing stable houses for patients. Therefore, the organizations should prepare and plan to provide living places for patients before they enter the program. The living places may be temples, assisted facilities.

4. This study is a process of analyzing and synthesizing evidence from only six research studies in developing the nursing clinical guideline for assertive community treatment program for homeless mentally ill patients. The guideline has not been used and improved in Thailand. Before using the guidelines, the users should conduct a pilot study in order to evaluate program outcomes, effectiveness, and cost-efficiency. The users also should assess the satisfaction of patients and staff in applying the guideline. The users should improve the practice guideline to make it suitable with contexts of Thai society, clear, and easy to be used as much as possible. Therefore, applying the assertive community treatment program for homeless mentally ill patients, based on Thai social contexts, may be appropriate and yield outcomes similar to those in the studies of other countries.

รายการอ้างอิง

- กองสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์. (2538). รายงานการวิจัย สาเหตุ ปัญหา ความต้องการ
ของคนเรื้อรังขอทาน. กรุงเทพฯ.
- งานเวชระเบียนและสถิติ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
บุญเลิศ วิเศษปรีชา. (2546). (Visetpricha, B., 2003). *เปิดโลกพรมแดนคนไร้บ้าน*. วิทยานิพนธ์
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปฐมมาดี ปัทมโรจน์. (2542). (Pathamarot, P., 1999). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเป็นขอทาน*.
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรรณทิพย์ เกียรติสิน. (2550). (Kiattisin, P., 2007). *การฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง:
การวิเคราะห์วรรณกรรม*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). (Hlaurakun, M., & Sukanit, P., 2004). *จิตเวช
ศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์ บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วันดี กริชอนันต์. (2544). (Kritanan, W., 2001). *เด็กข้างถนนย่านหัวลำโพง*. วิทยานิพนธ์สังคม
วิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพงษ์ จิตระดับ. (2540). (Jitradup, S., 1997). *วัฒนธรรมเด็กเรื้อรังบนท้องถนน*. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธินี วงศ์ทอง. (2543). (Wongtong, S., 2000). *แนวทางการใช้อาชีวะบำบัด(กิจกรรมบำบัด)ใน
กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคคลไร้ที่พึ่งในหน่วยงานด้านการสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง
กรมประชาสงเคราะห์*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2551). (Bunchalermvipat, S., 2007). *เอกสารประกอบการสอนเรื่อง
กฎหมายสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ.

- Caton, C. L. M., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A., Dominguez, B. (1994). Risk Factors for Homelessness among Schizophrenic Men: A Case-Control Study. *American Journal of Public Health*, 84(2), 265-270.
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 393-399.
- Cook, J. A., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D., Banghart, M., Rosenheck, R. A., Randolph, F. (2001). Vocational Outcomes Among Formerly Homeless Persons With Severe Mental Illness in the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, 52(8), 1075-1080.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. M., Bond, G. R., Drake, R. B., Solomon, P. (2008). Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An empirical Approach. New York.
- Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., Gilchrist, L. (1998). Outcome of a Control Trial of the Effectiveness of Intensive Case Management for Chronic Public Inebriates. *Journal Study Alcohol*, 59, 523-532.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). The evidence-base practice manual for nurse. Edinburgh: Churchill Livingstone. 23-24.
- Dixon, L. B., Krauss, N., Kernan, E., Lehman, A. F., DeForge, B. R. (1995). Modifying the PACT Model to Serve Homeless Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 40(7), 684-688.
- Fichter, M., & Quadflieg, N. (2003). Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *Europe Archive Psychiatry Cline Neurosis*, 249, 34-44.
- Fischer, D. B., & Ahern, L. (2000). Personal Assistance in Community Existence (PACE): an alternative to the PACT. *Ethical Human Science and Services*, 2, 87-92.
- Folsom, D., & Jeste, D. V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatry Scand*, 104, 1-10.
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., et al. (2005). Prevalence and Risk Factor for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *American Journal Psychiatry*, 162, 370-376.

- Holloway, F. (1991). Case management for the mentally ill: looking at the evidence. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 2-13.
- Hwang, S.W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C. (2005). Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311-328.
- Johnsen, B. S. (1993). Psychiatric- mental health nursing : adaptation and growth . In K. Peterson (3er eg.), *The Homeless Mental Ill* (pp. 589-601). Philadelphia, Pennsylvania: J. B. Lippincott.
- Kane, C. F., & Blank, M. (2005). NPACT: Enhancing programs of assertive community treatment for the seriously mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 1573-2789.
- Lamb, H. R., & Lamb, D. M. (1990). Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 301-305.
- Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Correlates of Improvement in Quality of Life Among Homeless Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 51(1), 116-118.
- Lauber, Ch., Lay, B., Rossler, W. (2006). Homeless people at disadvantage in mental health service . *Europe Archive Psychiatry Cline Neurosis* , 256, 138-145.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1038-1043.
- Lehman, A. F., Kernan, E., DeForge, B. R., Dixon, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Service*, 46, 922-926.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1010.
- Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons. *Psychiatric Service*, 48(4), 497-503.

- National Alliance on Mental Illness. (2008). NAMI: PACT: Program of Assertive community treatment. Retrieved January 4, 2009, from <http://www.nami.org>
- National Alliance on Mental Ill. (2008). NAMI: PACT across American. Retrieved January 4, 2009, from <http://www.nami.org>
- NAMI ACT Technical Assistant Center. (2006). PACT Model Fidelity Review. Retrieved January 4, 2009, from <http://beta.nami.org>
- Padgett, D., Struening, E. L., Andrews, H. (1990). Factors affecting the use of medical, mental health, alcohol, and drug treatment services by homeless adults. *Medical Care*, 28, 805-821.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Elizabeth, R. E., et al. (2001). Moving Assertive community treatment in to standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.
- Polit, D. F. & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principle and Methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williamr & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. K. (2006). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*(6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williamr & Wilkins.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. New Jersey: Elsevier Academic Press.
- Rosenheck, R. A., Lam, J., Morrissey, J. P., Calloway, M. O., Stolar, M., Randolph, F., et al. (2002). Service systems integration and outcomes for mentally ill homeless persons in the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, 53(8), 967-969.
- Scott, J. E., & Dixon, L. B. (1995). Assertive Community Treatment and Case management for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 657-67.
- Shern, D., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal Public Health*, 90, 1873-1878.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28, 163-80.
- Stein, L. I. & Santos, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

- Stein, L. I. & Test, M. A. (1985). The evolution of the training in community living model. *New Direction for Mental Health Service*, 26, 7-16.
- Stein, L. I. & Santos, A. B. (1998). Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: Norton.
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., Hollenberg, J. (2000). Quality of Life of Homeless Persons With Mental Illness: Results From the Course-of-Homelessness Study. *Psychiatric Services*, 51(9), 1135-1141.
- Thompson, K. S., Griffity, E. E. H., Leaf, P. J. (1990). A historical review of the Madison Model of community care. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 625-34.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3, 125-32.
- Tsemberis, S., & Asmussen, S. (1999). From streets to home: The pathways to housing consumer preference supported housing model. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17, 113-131.
- Wenzel, S. L., Koegel, P., Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: a comparison to homeless men. *American Journal Community Psychology*, 28, 367-390.
- Witheridge, T. F. (1990). Assertive community treatment as a support housing approach. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (4), 69-75.
- Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., & Trusty, M. L. (1997). Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal Psychiatry*, 153(3), 341-348.
- Olfson, M. (1990). Assertive Community Treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 634-41.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C., Walkup, J. (1999). Prediction of Homelessness within Three Months of Discharge Among Inpatients With Schizophrenia . *Psychiatric Services*, 50(5), 667-673.
- Udechuku, A., Olver, J., Hallam, K., Blyth, F., Leslie, M., Nasso, M., et al. (2005). Assertive community treatment of the mental ill: service model and effectiveness. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 129-134.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (The development of a clinical nursing practice guideline for using assertive community treatment for homeless persons with mental illness)

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม

กฤษณา อ่ำคา, ประภา ยุทธไธโร, อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: เป็นคนไร้บ้านที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

3.2 กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจิตเวชและบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT)

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล: เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

3.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนน หรือสถานที่พักชั่วคราว ที่พักฉุกเฉิน สถานสงเคราะห์ อย่างน้อย 10 วันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยเป็นคนไร้บ้านอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วงชีวิต และเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบ 3 ปี หรือเคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 42 วันในรอบ 3 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคของ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก

3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ: ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. วิธีดำเนินการ

4.1 ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome) (Craig & Smyth, 2002) ดังนี้

4.1.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

“การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ควรมีวิธีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น”

P (Population): ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (homeless persons with mental illness)

I (Intervention): โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment)

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (reducing hospitalization) ลดการเป็นคนไร้บ้าน (reducing homelessness) ผลลัพธ์รอง คือ ลดอาการทางจิต (reducing psychiatric symptoms) เพิ่มคุณภาพชีวิต (increasing quality of life)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

- Population: severe mental illness, psychotic disorder, homeless persons, homelessness
- Intervention: assertive community treatment, intensive case management
- Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
- Outcome: hospitalization, psychiatric symptoms, quality of life

4.2 วิธีการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จากแหล่งข้อมูลงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากแหล่งต่างๆ ดังนี้

4.2.1 จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่างๆ ได้แก่

www.guideline.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ MEDLINE, Pub Med, CINAHL, Ovid, Science Direct, Blackwell-synergy

4.2.2 การสืบค้นด้วยมือ (Hand search)

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ห้องสมุดสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น Hospital and Community Psychiatry เป็นต้น

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมงานวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอายุ 18 ปีขึ้นไป และผลลัพธ์เกี่ยวกับ ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (reducing hospitalization) ลดการเป็นคนไร้บ้าน (reducing homelessness) ลดอาการทางจิต (reducing psychiatric symptoms) เพิ่มคุณภาพชีวิต (increasing quality of life) เลือกชนิดของงานวิจัย ทั้ง Systematic review, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trails, Quasi-experimental study ทั้งในและต่างประเทศ โดยระบุปีที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990-ค.ศ. 2008 พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด 6 เรื่องประกอบด้วย Systematic Review จำนวน 1 เรื่อง Meta-Analysis จำนวน 1 เรื่อง Randomized Controlled Trial จำนวน 4 เรื่อง

4.3 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาประเมินคุณภาพและจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) โดยใช้การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Polit & Beck (2006) และประเมินลำดับความเข้มแข็งตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์มี 3 องค์ประกอบ (Polit & Beck, 2006) ดังนี้คือ

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) โดยพิจารณางานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาล มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกลักษณ์ในการปฏิบัติ

เพื่อแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

2. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทุนสนับสนุน ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์เหมาะสม การใช้สถิติในการวิเคราะห์เหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implemental potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลักคือ

1) Transferability of finding หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะที่ได้ว่า มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประจักษ์ในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

2) Feasibility of implementation หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อมทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น ประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะนั้น การปฏิบัตินี้รบกวนการทำงานอื่นๆของบุคลากรหรือไม่ ประเมินความเห็นชอบของผู้บริหารและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเห็นด้วยกับวิธีปฏิบัติการพยาบาลวิธีใหม่นี้หรือไม่ นอกจากนี้ถ้าจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะของบุคลากรในหน่วยงานโดยการฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ทรัพยากรดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3) Cost-benefit ratio หมายถึง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการที่จะนำวิธีปฏิบัติงานวิธีใหม่เข้ามาใช้ในหน่วยงาน จะเกิดความเสียหรือเป็นผลเสียกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิด

ประโยชน์กับผู้รับบริการด้านใดบ้าง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนำรูปแบบใหม่ที่ได้จากข้อเสนอแนะมาใช้กับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบเดิมต่างกันมากน้อยเพียงใด เปรียบเทียบทั้งค่าใช้จ่ายจากของสถานพยาบาลและผู้รับบริการรวมทั้งการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับ

4.3.2 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence)

ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) มีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) จากงานวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized Controlled Trial: RCT) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับ 2: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย Randomized Controlled Trial

ระดับ 3: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย A Quasi-Experimental ที่เป็งานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี โดยไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control, Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นทัศนของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรืองานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จากงานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้

1. Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399. (Level II)
2. Hwang, S. W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C. (2005). Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311-324. (Level II)

3. Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1038-1043. (Level II)
4. Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L. (1997). Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 341-348. (Level II)
5. Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons. *Psychiatric Service*, 48(4), 497-503. (Level II)
6. Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1010. (Level II)

4.3.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง โดยการอ่านและนำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่องงานวิจัย Systematic Review, Meta-Analysis สกัดเนื้อหาใส่ตารางตามหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทวนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ระดับของงานวิจัย 6) กลุ่มตัวอย่าง 7) เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย 8) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 9) Research Finding 10) การประเมินคุณภาพ 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้งานวิจัย Randomized Controlled Trial จำนวน 4 เรื่อง สกัดเนื้อหาใส่ตารางตามหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทวนการวิจัย 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) ระเบียบวิธีวิจัย 5) ระดับของงานวิจัย 6) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 7) กลุ่มตัวอย่าง 8) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 9) การบำบัด 10) ผลการวิจัย 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 13) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ 14) การสรุปเพื่อนำไปใช้

4.3.4 นำข้อความแต่ละตารางมาวิเคราะห์ร่วมกัน สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด สังเคราะห์เป็นการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

4.3.5 นำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้าน

จิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จำนวน 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

5. ข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มีดังต่อไปนี้

5.1 แนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม ACT

ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ มากมาย เช่น ขาดในเรื่องความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน คือ ปัจจัย 4 อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ขาดแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเปราะบางและขาดทักษะต่างๆ ทั้งทักษะในการดำเนินชีวิต การทำงาน การดูแลตนเอง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ส่วนมากผู้ป่วยจะใช้สุราหรือสารเสพติดเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาย่างถูกต้องและต่อเนื่องได้ จึงทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น ทำให้การดูแลตนเองในด้านต่างๆ รวมทั้งในด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบากกว่าคนไร้บ้านทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพต่างๆ อย่างรอบด้าน การบำบัดที่มีลักษณะองค์รวมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการ การฟื้นฟูและส่งเสริมทักษะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับได้แก่ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เนื่องจากการบำบัดวิธีนี้ เน้นการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปรึกษาหารือกันในการวินิจฉัยปัญหา วางแผนการบำบัดดูแล และประเมินผลการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีผู้บำบัดดูแลเฉพาะแต่ละคน โดยมีการแบ่งจำนวนผู้ดูแล (ซึ่งเป็นสมาชิกในทีม) ต่อผู้ป่วยในสัดส่วนประมาณ 1:10 และทีมจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีม ผู้ศึกษาจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อให้ อาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

5.2 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม ACT

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ประกอบด้วย

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ Diagnosis and Statistic Manual for Mental Disorder-IV-TR (DSM-IV-TR) หรือ ICD-10 ว่าเป็น schizophrenia

หรือ schizoaffective disorder หรือมีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่น ได้รับการวินิจฉัย Axis I Mental disorder (psychotic disorder, major affective disorder, anxiety disorder) และมีประวัติเข้าอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยหรือใช้ระยะเวลานาน (Extensive hospitalization) (Extensive hospitalization หมายถึง เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า 21 วัน อย่างน้อย 2 ครั้ง ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา หรือไม่ต่ำกว่า 42 วัน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ก่อนมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ หรืออยู่ใน nursing home มากกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ในระยะเวลา 3 ปี) (Lehman et al., 1997: Level II)

2. เป็นคนไร้บ้าน (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) ที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนน หรืออยู่ในสถานที่พักชั่วคราว ที่พักฉุกเฉิน สถานสงเคราะห์ต่างๆ ก่อนเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 10 วัน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยเป็นคนไร้บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วงชีวิต (Morse et al., 1997 : Level II)

5.3 สมาชิกทีม ACT และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม ACT

การให้การบำบัดดูแลตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย สมาชิกทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ (Lehman et al., 1997: Level II) หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด สมาชิกทีมต้องเข้าร่วมในการประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2 สัปดาห์/ครั้ง ในช่วงแรกทีมอาจต้องร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการและวางแผนการดูแล เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและสามารถดูแลตนเองได้อาจให้ผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดูแลและนำปัญหาของผู้ป่วยเข้ามาปรึกษาในทีม นอกจากนั้นแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่เฉพาะดังนี้

1. จิตแพทย์ มีบทบาทหน้าที่ ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการ ให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษาแก่ผู้ป่วยและทีม อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

2. พยาบาลจิตเวช มีบทบาทหน้าที่ ประเมินสถานะสุขภาพ บริหารจัดการดูแลเกี่ยวกับยาผู้ป่วย (medical director) ได้แก่ การดูแลเรื่องยา (medication support) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ให้ความรู้เรื่องยา สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และติดตามให้ผู้ป่วยร่วมมือรับประทานยาต่อเนื่อง ช่วยประสานกับหน่วยบริการฉุกเฉินในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ให้การปรึกษาผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ ให้การดูแลโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem) และให้การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ เช่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพศสัมพันธ์

4. นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ ประเมินและทดสอบทางจิตวิทยา อภิปรายปัญหา และร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

5. นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (consumer advocates) การจัดการเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย เช่น เอกสารและสิทธิบัตรต่างๆ การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน เช่น ที่อยู่อาศัย แหล่งทำงาน อภิปรายปัญหาและร่วมวางแผนกับทีม ในการดูแลผู้ป่วย

6. ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ที่เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาอยากซับซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น

- นักบำบัดยาเสพติด มีบทบาทหน้าที่ให้การบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือแบบกลุ่มเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด การเรียนรู้และฝึกทักษะการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น
- นักโภชนาการ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
- นักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินทักษะการทำงาน การฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

5.4 การบริหารจัดการทีม ACT

1. ลักษณะทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีบุคลากรทำงานเต็มเวลาร้อยละ 12 ชั่วโมงในวันปกติ (Lehman et al., 1997: Level II) และ 8 ชั่วโมงในวันหยุดทำการ

2. หัวหน้าทีม (program director) อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการโปรแกรม (Lehman et al., 1997: Level II) การบริหารจัดการโปรแกรม เช่น มีบทบาทในการวางแผนและกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การประเมินผลงานในความรับผิดชอบ ช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ประคับประคอง ประสานชี้นำให้บุคลากรในทีมเข้าใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันโดยเน้นการประสานงานและการทำงานเป็นทีม

3. ผู้จัดการรายกรณี (case manager) อาจเป็นพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยตรง ให้

การช่วยเหลือในด้านต่างๆต่อไปนี้ ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินปัญหาต่างๆ ตรวจสอบ และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ การช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่พอเพียง เหมาะสม เช่น การรักษาทางด้านจิตเวช ที่พักอาศัย การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ให้คำปรึกษา ดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รายได้ นำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษาในทีม ประเมินความก้าวหน้าและรายงานให้ทีมทราบเป็นระยะๆ ในกรณีที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้จัดการรายกรณีจะปฏิบัติได้ก็ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญบำบัดในทีมเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยต่อไป เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด (Lehman et al., 1997: Level II)

4. ผู้ร่วมทีมอื่นๆ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีในทีมก็ได้ เช่น มีเลขาคอยให้การต้อนรับ มี part-time family outreach worker และพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner)

5. การบริหารจัดการเมื่อบุคลากรในทีมมีจำนวนจำกัด หรือสมาชิกในทีมบำบัดที่จำเป็นขาด โดยการจ้างเจ้าหน้าที่บางเวลา (part-time) มาให้บริการผู้ป่วย อาจมีการบริหารจัดการได้หลายกรณี เช่น

- กรณีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนไม่ได้ อาจพิจารณาให้บริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ (Wolff et al., 1997 : Level II)

- กรณีไม่มีแพทย์และพยาบาลทำงานอยู่ตลอดเวลา ควรจะมีแพทย์และพยาบาลทำงานบางเวลา (part-time) เช่น ทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ให้บริการในเรื่องยาหรือมีการประสานงานไปยังคลินิกจิตแพทย์ในชุมชนให้ช่วยดูแล (Morse et al., 1997 : Level II)

- กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ สามารถดูแลตนเองได้ดี เพื่อส่งเสริมการปรับตัวในชุมชน ลดชั่วโมงการทำงานของผู้จัดการรายกรณี และลดค่าใช้จ่าย อาจพิจารณาในเรื่องของอาสาสมัคร อาจใช้เจ้าหน้าที่ในชุมชนอาสาสมัครช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (community workers) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟู ฝึกทักษะพื้นฐาน เช่น ฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง (Wolff et al., 1997 : Level II; Morse et al., 1997 : Level II)

- การจ้างพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner) ให้การดูแลด้านโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem) (Lehman et al., 1997: Level II) หรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ถ้าจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน ที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ก็อาจพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลา (part-time) เช่น นักบำบัดยาเสพติด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด

5.5 รูปแบบการดำเนินงานทีม ACT

1. ทีมมีการประชุมร่วมกันในการวางแผนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และปรับรูปแบบการดูแลให้ตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (Morse et al., 1997 : Level II)
2. มีการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรมเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการบำบัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ประวัติความเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา การมีที่พักอาศัย การจ้างงาน การเงิน การได้รับสวัสดิการและสิทธิการรักษา การใช้สารเสพติด (Morse et al., 1997 : Level II) ด้านคุณภาพชีวิตประเมินความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Lehman et al., 1997: Level II)
3. มีการเตรียมผู้ป่วยโดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินโครงการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ
4. ประเมินสภาพชุมชน แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน
5. ผู้ป่วยแต่ละคนถูกจัดให้เข้าทีมขนาดเล็ก (mini-team) และให้การดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี (อัตราส่วนผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนประมาณ 1: 10-12) (Morse et al., 1992: Level II ; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997 : Level II) ร่วมกับนักจิตวิทยา และคนที่ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (consumer advocates)
6. หลังจากที่ถูกจัดเข้าโปรแกรมการบำบัด ทีมมีการประเมินผลลัพธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกทีมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมทีมผู้บำบัด เพื่อการปรึกษาหารือในเรื่องปัญหา ความต้องการ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีการพูดคุยกันถึงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและวางแผนการดูแลในวันต่อไป ทีมจะต้องมีการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ /ครั้ง (Lehman et al., 1997: Level II)

5.6 การดำเนินโปรแกรม ACT

การดำเนินการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช ไร้บ้าน จำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลในเรื่องต่างๆในองค์ประกอบ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) 2) การจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) 3) การให้การปรึกษา (counseling) 4) การฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) 5) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) 6) การจัดการด้านการเงิน (financial management) 7) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) 8) การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) 9) ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้จะให้บริการอยู่ในรูปแบบการดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ Engagement (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้น โดยผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบและทีมบำบัดส่งผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปให้บริการในชุมชน เป็นการให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ดูแลช่วยเหลือในเรื่องความเป็นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II) รวมทั้งการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น อาการทางจิตกำเริบ วุ่นวาย เอะอะอาละวาด ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Wolff et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินหรือมีอาการทางจิตรุนแรง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า การจัดการเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนและสังคม

วิธีดำเนินการ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วน

1. มีการจัดการกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) เป็นการเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ให้การดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ทีมมีการประสานกับผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้านพักให้ที่อยู่ที่สามารถแจ้งหรือติดต่อกลับได้ (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997: Level II; Lehman et al., 1997: Level II) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการประสานให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการ ได้รับการบริการด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้านจิตเวช (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997 : Level II)
2. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการช่วยผู้ป่วยหาที่พักอาศัย ห้องเช่า หรือที่พักชั่วคราว ที่เหมาะสม ปลอดภัย และอาจต้องช่วยเหลือในเรื่องค่าเช่าห้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า (Lehman et al., 1997: Level II) หรือส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน

3. การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการจัดการเอกสาร สิทธิบัตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแล เช่น การทำบัตรผู้พิการ บัตรผู้ไม่มีรายได้ (Morse et al., 1992: Level II)

2. ระยะ Stabilization (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

การดูแลในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและสามารถหาที่พัก หรือที่พักชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยแล้ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อบำบัดจนอาการทางจิตสงบ แต่ยังคงมีความบกพร่องในด้านการทำบทบาทหน้าที่หรือขาดทักษะในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน โดยผู้ป่วยและทีมมีการวางแผนร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนและส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวัน

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย
 - การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษาด้วยยา การสังเกตอาการนำ และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ (Morse et al., 1992 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II ; Wolff et al., 1997 : Level II)
 - การดูแลเรื่องยา (medication support) ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ (Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997 : Level II) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง (Morse et al., 1997 : Level II)
 - การฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) โดยการสอนให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น อาการหูแว่ว เนื้อหาความคิดที่แปลกๆ หรือผิดปกติ ปฏิกริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้และความคิดหลงผิดนั้น เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Wolff et al., 1997 : Level II)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล โดย ผู้จัดการรายกรณี หรือแบบกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสารเสพติด หรือการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับยาเสพติดดูแล รูปแบบของการบำบัด เช่น ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบ สร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การเข้ากลุ่มเลิกสุรา (Lehman et al., 1997: Level II)

2. การให้การปรึกษา (counseling) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยังมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเครียด หรือความกดดันทางจิตใจ ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อทำจิตบำบัด หรือให้การปรึกษาดตามแนวคิด psychotherapy ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เช่น supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy มีการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร (Lehman et al., 1997: Level II) การจัดการกับปัญหา (Morse et al., 1992: Level II) หรือการแก้ปัญหาในแต่ละวัน (Morse et al., 1997 : Level II)

- ในกรณีที่สามารติดต่อกับครอบครัวหรือสืบทอดครอบครัวให้กับผู้ป่วยได้ ให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ประสานให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย และให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Lehman et al., 1997: Level II)

3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily living skills) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย

- สอนทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal skills management) (Morse et al., 1992: Level II)

- สอนให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลที่อยู่อาศัย (Morse et al., 1992: Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

- ฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน (skill training and assistance in activities of daily living) เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของประกอบอาหาร การดูแลเครื่องนุ่งห่ม การใช้บริการขนส่งสาธารณะ (Wolff et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

- สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชน (community living skills) (Morse et al., 1992: Level II ; Morse et al., 1997 : Level II)

4. การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และการดูแลด้านความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) โดยการให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เพศสัมพันธ์ (Lehman et al., 1997: Level II)

5. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ให้การดูแลช่วยเหลือโดย

- การช่วยเหลือในการรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ (payee services) (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II)
- การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ช่วยแก้ปัญหาในกรณีที่มีปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายเงิน มีความบกพร่องในการใช้จ่ายเงิน ช่วยดูเรื่องใบเก็บเงินต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารจัดการเงินด้วยตนเองโดยในช่วงแรกทีมดูแลในเรื่องของการใช้จ่ายเงินให้ทั้งหมด หลังจากนั้นมีการจ่ายเงินให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้จ่ายและบริหารเงินเองในการจ่ายค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร เสื้อผ้า (Morse et al., 1992: Level II; Morse et al., 1997 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II)

6. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน มีการฝึกอบรมงานอาชีพให้กับผู้ป่วย (job training) (Morse et al., 1992: Level II) ฝึกทักษะการวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือได้มีโอกาสทำงาน เช่น งานอาสาสมัคร การทำงานบางเวลา (part-time) ช่วยติดต่อกับแหล่งงานต่างๆ และให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการทำงาน คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน (Morse et al., 1992: Level II; Wolff et al., 1997 : Level II ; Lehman et al., 1997: Level II)

3. ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment

เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบและได้รับการฝึกการทำบทบาทหน้าที่ ทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนจากทีมผู้บำบัดมาแล้ว ในระยะนี้จึงเป็นระยะที่ทดลองฝึกให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1-2 ปี หลังเข้าโปรแกรม โดยทีมผู้บำบัดทำหน้าที่ในการติดตาม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนด้วยตนเอง ผู้ป่วยยังต้องได้รับการติดตามดูแลจากทีมผู้บำบัดเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื้อรัง และทีมต้องมีการส่งเสริมสัมพันธ์ทางครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองในชุมชน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

วิธีดำเนินการ

1. การดูแลด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) เพื่อเป็นการป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ให้การดูแลช่วยเหลือโดย การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยสังเกต

อาการนำที่ควรรับมาโรงพยาบาล เช่น อาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด หวาดระแวง และการป้องกันอาการกำเริบซ้ำ โดยการรับประทานยาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การงดใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่างๆ

2. การให้การปรึกษา (counseling) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติม

3. การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนที่พัก หรืออยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือมีการสนับสนุนช่วยเหลือโดยญาติหรือครอบครัวที่สามารถติดตามได้ ให้การดูแลช่วยเหลือโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า หรือญาติที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย (Lehman et al., 1997: Level II) ไปเยี่ยมและประเมินว่าผู้ป่วยจะสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน เจ้าของห้องเช่า หรือครอบครัว ได้หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาในที่พักที่มีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลและประเมินอาการได้และส่งเสริมความสามารถให้เพียงพอในการที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชนต่อไป

4. การจัดการด้านการเงิน (financial management) ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยเป็นคนจัดการการเงินทั้งหมดด้วยตนเอง

5. ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) โดยการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำงานได้หรือไม่ เข้ากับนายจ้างหรือผู้ร่วมงานได้หรือไม่ ยังมีทักษะอะไรที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

4. ระยะจำหน่าย (Discharge)

การเข้าร่วมโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ถ้ายังมีปัญหาและความต้องการไม่ได้กำหนดระยะเวลาสิ้นสุดที่แน่นอน สามารถยืดหยุ่นได้ตามปัญหาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน (Morse et al., 1992 : Level II; Lehman et al., 1997: Level II; Morse et al., 1997: Level II) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้มีที่พักอาศัยที่แน่นอน และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์ แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาก็สามารถให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาโปรแกรมใหม่ได้ (Dixon et al., 1995 อ้างใน Lehman et al., 1997: Level II)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนโดยดูแลตนเองได้ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ
2. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. มีการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมมีความเห็นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดดูแลตนเองและปรับตัวอยู่ในชุมชนได้
2. มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้และอาการทางจิตคงที่ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ

5.7 การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

5.7.1 ประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่ประเมินอาการทางจิตโดยผู้บำบัด มี 24 ข้อความ การให้คะแนน มี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และคะแนน 6 หมายถึงอาการรุนแรงมากที่สุด ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 36 ถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรง (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II) ประเมินอาการทางจิตก่อนเข้าโปรแกรมและประเมินเป็นระยะคือ 2, 6, 12, 18 เดือน เพื่อดูคุณภาพการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

5.7.2 ประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

5.7.3 ประเมินการลดการเป็นคนไร้บ้าน โดยการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในที่พักที่ผู้ป่วยจัดหาเองหรือเจ้าหน้าที่จัดหาให้ (stable housing) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (Wolff et al., 1997: level II; Morse et al., 1997: level II)

5.7.4 ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ Quality of Life Interview (QOLI) เป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Lehman et al., 1997: Level II) โดยการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม แบบวัดนี้ได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ควรเป็นการบำบัดที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน และต่อเนื่องไปจนถึง 18 เดือน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าถ้าไม่มีการติดตามความก้าวหน้าทีนานพอ ผู้ป่วยจะไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของตนเองได้ (functional status)

6. หลักฐานใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะ

หลักฐานที่ใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะปรากฏในภาคผนวก ง. ตารางการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยแต่ละเรื่อง หัวข้อการสรุปเพื่อนำไปใช้

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

7.1.1 ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรม มีอาการทางจิต จำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นคนไร้บ้านลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

7.1.2 ผู้ปฏิบัติงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เป็นรูปธรรม มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สามารถปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

7.2 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านนี้ ได้จากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยที่มีคุณภาพ ซึ่งงานวิจัยแต่ละเรื่องไม่พบผลเสียหายนต่อผู้ป่วย แต่เนื่องจากการบำบัดเป็นลักษณะการบำบัดเป็นรายบุคคลและใช้ระยะเวลาในการบำบัดยาวนาน ผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัดหรืออาจเครียดได้จากการที่ต้องมีการพูดคุยถึงปัญหา การวางแผนการบำบัดดูแลตนเองและการต้องฝึกทักษะต่างๆ การปรับตัว จึงควรมีการประเมินคุณลักษณะหรือความพร้อมในการรับการบำบัดโดยวิธีนี้ของผู้ป่วยแต่ละรายว่าเหมาะกับการบำบัดในระยะใดและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7.3 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

7.3.1 ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและควรได้รับการฝึกฝนและนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญ ในการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อสามารถให้การบำบัดดูแลที่มีมาตรฐาน

7.3.2 ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรผ่านการฝึกใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of Life Interview (QOLI) เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำตรง

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

8.1 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 6 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับปรุงใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการนำร่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่า คุ่มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ชัดเจน และง่ายต่อการนำไปใช้มากที่สุด

8.2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน มีขั้นตอนดังนี้

8.2.1 วางแผนการนำแนวปฏิบัติในรายละเอียดเป็นขั้นตอนไปใช้ เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่เข้าร่วมโครงการ การตัดสินใจเลือกเวลาในการปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์

8.2.2 พัฒนาคู่มือการบำบัดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยกล่าวถึงแนวคิด หลักการ เนื้อหา วิธีการบำบัด อุปกรณ์และการประเมินผลการบำบัด รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการบำบัด

8.2.3 มีการฝึกอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการนำร่องโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และทดลองปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาโดยตรงและประสานความร่วมมือกับองค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1 วันที่สร้าง

12 ตุลาคม 2552

9.2 ผู้สร้าง

1. นางกฤษณา อ่ำคา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อังกรพร สิริบุญวงศ์

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
หัวหน้าภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง Ph.D. (Nursing)
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แพทย์หญิงวันทนา ถมคำพาณิชย์ นายแพทย์ชำนาญการ
แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. นางสาวเบญจวรรณ สามสาลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วุฒิบัณฑิตการปฏิบัติการชั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

5. นางกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

9.4 แหล่งเงินทุน: -

9.5 เอกสารอ้างอิง

- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 393-399.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence-base practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 23-24.
- Hwang, S. W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C. (2005). Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 311-328.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T. (1997). A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives General Psychiatry*, 54(11), 1038-1043.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R. (1992). Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1005-1010.
- Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An Experimental Comparison of Three Types of Case Management for Homeless Mentally Ill Persons. *Psychiatric Service*, 48(4), 497-503.
- Polit, D. F., Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principle and Methods*(4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. K. (2006). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*(6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williamr & Wilkins.

- Stein, L. I. & Santos, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., & Trusty, M. L. (1997). Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients. *American Journal Psychiatry*, 153(3), 341-348.



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
หัวหน้าภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ Ph.D. (Nursing) อาจารย์พยาบาล
ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แพทย์หญิงวันทดา ถมคำพาณิชย์ พบ. วว. จิตเวชศาสตร์ทั่วไป
นายแพทย์ชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. นางสาวเบญจวรรณ สามสาดี พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5. นางกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

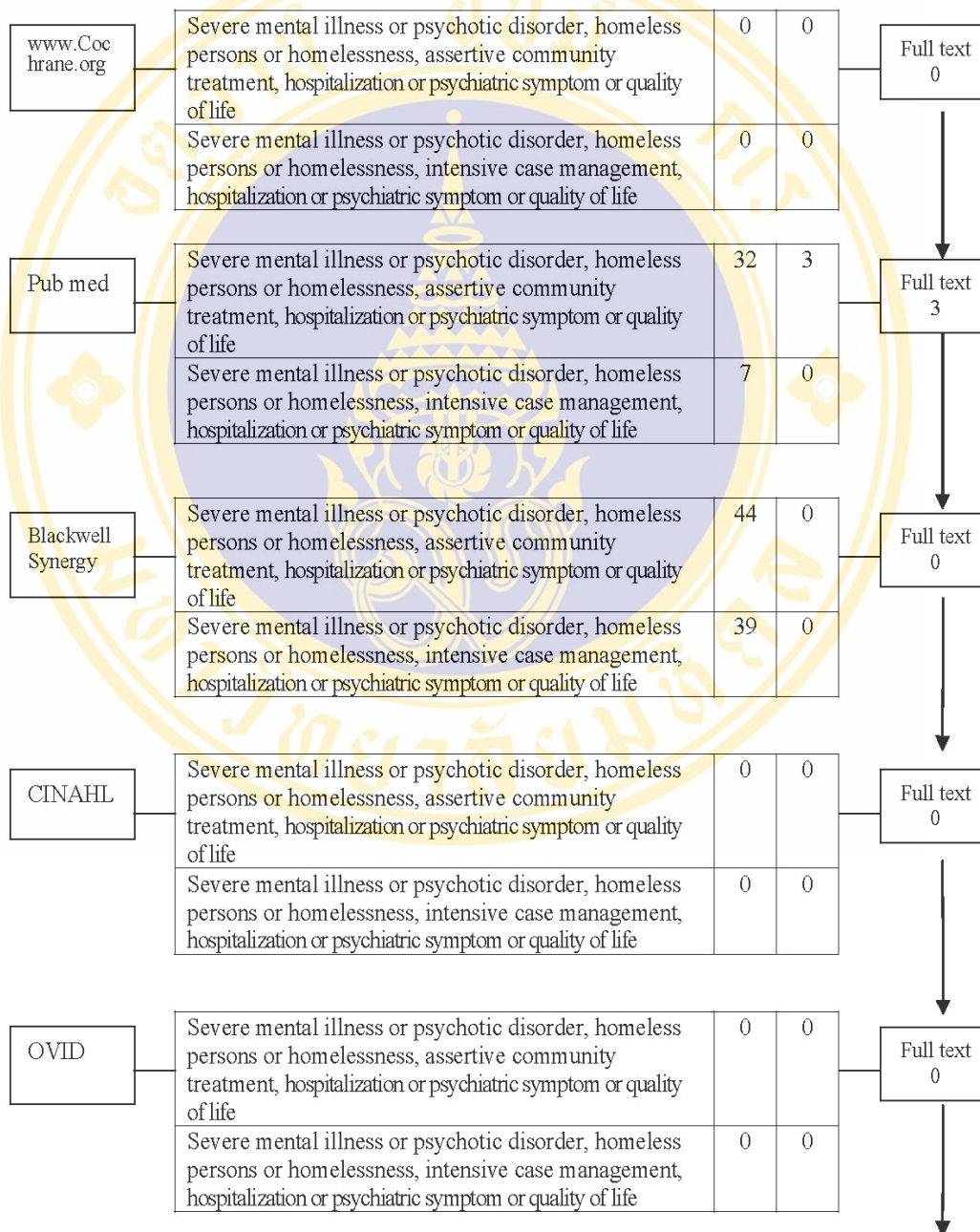
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

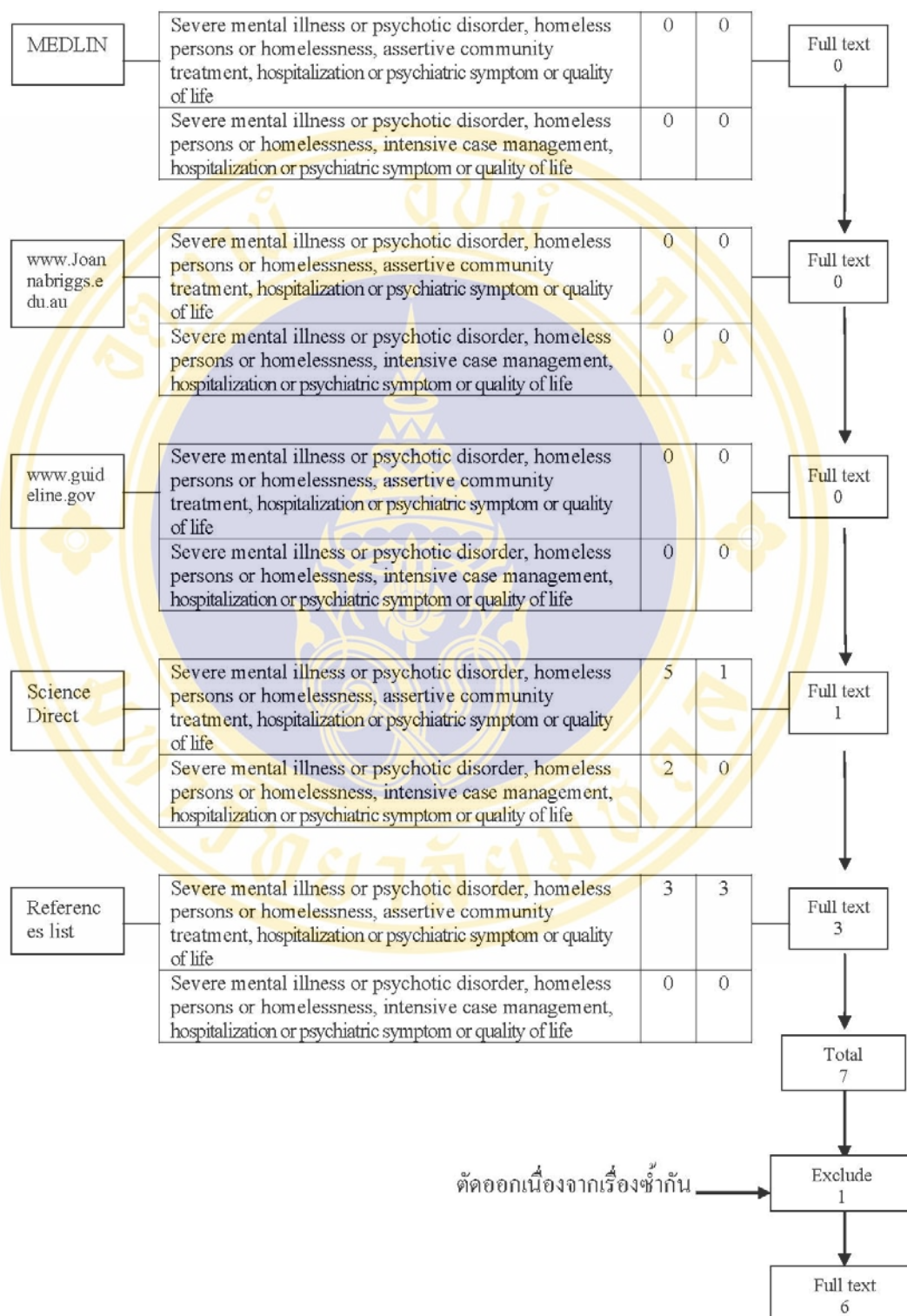


ภาคผนวก ก

แผนภูมิ 2 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภูมิ 2 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1 ชื่อผู้วิจัย Coldwell, C. M., & Bender, W. S.
 ชื่องานวิจัย The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis.
 แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์ *American Journal of Psychiatry*, 164, 393-399. (2007).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ในการฟื้นฟูคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก The VA Quality Scholars Fellowship at the White River Junction VA Medical Center, White River Junction, VT.
สมมุติฐานงานวิจัย	- Assertive community treatment ให้ผลลัพธ์ดีกว่า standard case management ในการทำให้อาการทางจิตที่รุนแรง การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเป็นคนไร้บ้านลดลง ในคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยใน MEDLINE (1966–2003), Pub Med (1950–2003), the Cochrane Database of Systematic Reviews, and PsycINFO (1974–2003) ค้นหาโดยใช้คำหลัก 3 หัวข้อคือ - Assertive community treatment (keywords: assertive community treatment or case management or intensive case management) - Severe mental illness (keywords: severe mental illness or community mental health services or psychotic disorders or

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ)	schizophrenia) Homelessness (keywords: homeless persons or homeless or homelessness)
ระดับงานวิจัย	Meta-Analysis; Level II
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	จากงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trials) จำนวน 6 เรื่อง เปรียบเทียบการดูแลแบบ assertive community treatment กับ standard case management - งานวิจัยการสังเกต (Observational studies) จำนวน 4 เรื่อง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	1. Inclusion criteria ค้นหางานวิจัยเชิงทดลองและการสังเกต จำกัดเฉพาะคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต - ค้นหาข้อมูลจากงานวิจัยจำนวน 52 เรื่อง มี 10 งานวิจัยที่เข้า criteria มี 6 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trials เปรียบเทียบ assertive community treatment กับ standard case management งานวิจัยแบบ Observational studies จำนวน 4 เรื่อง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment 2. Excluded งานวิจัยที่เป็น reviews หรือ เชิงบรรยายที่ไม่ได้กล่าวถึง assertive community treatments หรือ ไม่มีรายงานในเรื่องผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	- งานวิจัยเชิงทดลองมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment กับ standard case management - งานวิจัยการสังเกตใช้การประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment
Research Finding	จากการศึกษามี 6 งานวิจัยเชิงทดลองที่เปรียบเทียบการดูแลระหว่าง assertive community treatment และ standard case

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	management และ 4 งานวิจัยการสังเกตที่เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment ผลการศึกษาพบว่า ลดการเป็นคนไร้บ้าน - จากงานวิจัย 8 ใน 10 เรื่องพบว่า assertive community treatment สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - จากงานวิจัย Randomized Controlled Trials พบว่า assertive community treatment สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้มากกว่า standard case management 37% (95% CI=18%–55%, $Z=3.85$, $p=0.0001$) - จากงานวิจัยการสังเกตที่เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment พบว่าหลังเข้าโปรแกรมสามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ([104%] 95% CI=67%–141%, $Z=5.50$, $p<0.0001$) ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล - จากงานวิจัย Randomized Controlled Trials พบว่า assertive community treatment ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้มากกว่า standard case management อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ([10%] 95% CI= -7%–27%, $Z=1.17$, $p=0.24$) - จากงานวิจัยการสังเกตเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment พบว่าหลังเข้าโปรแกรมสามารถลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ([69%] 95% CI=60%–78%, $Z=5.21$, $p<0.0001$) ลดอาการทางจิต - จากงานวิจัย Randomized Controlled Trials พบว่า assertive community treatment สามารถลดอาการทางจิตที่รุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	ได้ 26% (95% CI=7%–44%, $Z=2.76$, $p=0.006$) เมื่อเปรียบเทียบ กับ standard case management - จากงานวิจัยการสังเกตเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment พบว่าหลังเข้าโปรแกรมทำให้อาการทางจิตดีขึ้น 62% (95% CI=0%–124%, $Z=1.96$, $p=0.05$) การอภิปรายผล - Assertive community treatment มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ทำให้อัตราของคน ไร้บ้านและอาการทางจิตที่รุนแรงลดลงในคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต - จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าทั้ง assertive community treatment และ standard case management สามารถลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้เหมือนกัน แต่ใน assertive community treatment มีระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า standard case management
การประเมินคุณภาพ 1. คำถามการทบทวนชัดเจนหรือไม่ 2. วัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่	- คำถามในการทบทวนงานวิจัยมีความชัดเจน มีการระบุกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาคือ คน ไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง โปรแกรมที่ใช้ในการดูแลกลุ่มประชากรคือ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษา คือ assertive community treatment ให้ผลลัพธ์ดีกว่า standard case management ในการทำให้อาการทางจิตที่รุนแรง การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเป็นคนไร้บ้านลดลง ในคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง - มีการระบุวัตถุประสงค์การศึกษาชัดเจนคือ เพื่อประเมินผลโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนในการฟื้นฟูคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลยุทธ์การสืบค้นงานวิจัยครอบคลุมหรือไม่	- งานวิจัยมีการระบุการสืบค้นจากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ คือ MEDLINE (1966–2003), Pub Med (1950–2003), the Cochrane Database of Systematic Reviews, and PsycINFO (1974–2003) ใช้คำสำคัญที่เหมาะสมในการสืบค้นคือ - Assertive community treatment (keywords: assertive community treatment or case management or intensive case management) - Severe mental illness (keywords: severe mental illness or community mental health services or psychotic disorders or schizophrenia) - Homelessness (keywords: homeless persons or homeless or homelessness) แต่ไม่ได้มีการระบุว่าได้มีการสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์
4. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยชัดเจนหรือไม่	- ได้มีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยอย่างชัดเจน คือ ค้นหางานวิจัยเชิงทดลองและการสังเกต จำกัดเฉพาะคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต และ คัดงานวิจัยที่เป็น reviews หรือเชิงบรรยายที่ไม่ได้กล่าวถึง assertive community treatments หรือไม่มีรายงานในเรื่องผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาออก
5. มีการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดเลือกหรือไม่	- มีการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดเลือก จากจำนวน 52 เรื่อง มี 10 งานวิจัยที่เข้า criteria มี 6 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trials เปรียบเทียบ assertive community treatment กับ standard case management งานวิจัยแบบ Observational studies จำนวน 4 เรื่อง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม assertive community treatment

หัวข้อ	รายละเอียด
6. มีรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาที่ละเรื่องหรือไม่	- มีการระบุรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาที่ละเรื่อง คือ แบบงานวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หัตถการ การรักษา ผลลัพธ์
7. มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสมหรือไม่	- มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสม ผลงานการวิจัยในแต่ละเรื่องมีความคล้ายคลึงกัน คือ สามารถทำให้อาการทางจิตที่รุนแรง ระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเป็นคนไร้บ้านลดลง
8. มีการสรุปผลการทบทวนหรือไม่	- มีการสรุปผลการทบทวนงานวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรง ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. Assertive community treatment สามารถทำให้อาการทางจิตที่รุนแรง ระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การเป็นคนไร้บ้านลดลง 2. Assertive community treatment เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง และลดอาการทางจิตที่รุนแรงได้ดีกว่า standard case management 3. Standard case management สามารถลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้เหมือนกับ assertive community treatment แต่ระยะเวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า assertive community treatment

เรื่องที่ 2 ชื่อผู้วิจัย

Hwang, S.W., Tolomiczenko, G., Kouyoumdjian, F. G., Garner, R. C.

ชื่องานวิจัย

Interventions to Improve the Health of the Homelessness: A Systematic Review.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

American Journal of Preventive Medicine, 29(4), 311- 324. (2005).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อต้องการค้นหา รวบรวมโปรแกรมที่จะดูแลด้านสุขภาพของ คนไร้บ้าน
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
สมมุติฐานงานวิจัย	งานวิจัยนี้ไม่มีสมมุติฐานงานวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	1. ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี 1988- 2004 ในฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL, HealthStar, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services ค้นหาใน เดือน กรกฎาคม 2004 2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น Intervention, Homeless, Homeless person, Homelessness 3. Outcome; Physical health, Mental Health, Substance use, HIV risk behavior , health care utilization, adherence to health care, Quality of life
ระดับงานวิจัย	Systematic Review; Level II
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี 1988-2004
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	- ใช้การประเมินจากโปรแกรมการดูแล จากกลุ่ม เปรียบเทียบ และการรายงานผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่ให้ผลดีใน การทำให้ภาวะสุขภาพของคนไร้บ้านดีขึ้น เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCTs), Prospective longitudinal studies, Retrospective studies

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding	พบงานวิจัยเกี่ยวกับคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด 17 เรื่อง โดยแบ่งตามโปรแกรมต่างๆ ได้ดังนี้ 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง case management และ support housing พบว่า - งานวิจัย RCT ที่ใช้ intensive case management เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ drop-in center service, temporary housing, rehabilitation services พบว่า intensive case management ให้ผลดีกว่าในด้านทำให้อาการทางจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติที่ได้รับ - งานวิจัย Longitudinal cohort study ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ outreach, case management, residential treatment พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมทำให้อาการทางจิต (psychological distress) ดีขึ้น ลดการใช้สุราและสารเสพติด - งานวิจัย Retrospective studies เปรียบเทียบคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงที่ได้รับ support housing กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ support housing พบว่ากลุ่มที่ได้รับ support housing ลดการเข้านอนพักรักษาแบบผู้ป่วยในและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับ housing intervention ร่วมกับการดูแลแบบ case management ในการศึกษาช่วงแรกมีการสุมผู้ป่วยเข้าพักใน support housing และกลุ่มที่อาศัยอยู่ด้วยตนเองในอพาร์ทเมนต์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลแบบ case management เหมือนกัน จากการศึกษาพบว่าให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันในเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพ 3 เรื่อง เป็นงานวิจัย RCTs ที่ประเมินผลการดูแลแบบ assertive community treatment ทีมการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตเป็นคณะทำงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเรื่อง การรับประทานยา และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน (crisis intervention) ในชุมชน

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	- 1 งานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติสามารถลด psychiatric hospitalizations แต่ไม่ได้ทำให้อาการทางจิตดีขึ้นหรือเพิ่มคุณภาพชีวิต - 1 งานวิจัยใช้ assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลแบบ brokered case management พบว่า assertive community treatment สามารถทำให้อาการทางจิตดีขึ้นกว่าการรักษาแบบ brokered case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - 1 งานวิจัยใช้ assertive community treatment ใน drop-in center service หรือในคลินิกผู้ป่วยนอก พบว่าไม่ได้ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น หรือลดการใช้สารเสพติด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่รายงานในเรื่อง Access to Community Care and Effective Service and Supports (ACCESS) Program เป็นการบริการแบบที่มีหน่วยงานกลาง (system service) คอยประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างเป็นระบบพบว่าการทำงานประสานกันมากขึ้น แต่ไม่ได้ช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลออกมาดีขึ้น 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยศึกษาในทหารผ่านศึกที่มีความเจ็บป่วยที่ได้รับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ (Social Security benefits) พบว่ามีการดีขึ้นของคุณภาพชีวิต แต่ไม่ได้มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิต การรับประทานยา การใช้สุรา สารเสพติด
การประเมินคุณภาพ 1. คำถามการทบทวนชัดเจนหรือไม่ 2. วัตถุประสงค์ชัดเจนหรือไม่	- คำถามในการทบทวนงานวิจัยมีความชัดเจน มีการระบุกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาคือ กลุ่มคนไร้บ้าน ค้นหาโปรแกรมที่ใช้ในการดูแลเป็นโปรแกรมที่เน้นการดูแลด้านสุขภาพ - วัตถุประสงค์ชัดเจนคือ เพื่อต้องการค้นหา รวบรวม โปรแกรม ที่จะดูแลด้านสุขภาพของคนไร้บ้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
3. กลยุทธ์การสืบค้นงานวิจัย ครอบคลุมหรือไม่	- งานวิจัยมีการระบุการสืบค้นจากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ คือ ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1988-2004 ในฐานข้อมูล MEDLINE, CINAHL, HealthStar, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services ค้นหาในเดือน กรกฎาคม 2004 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ - Intervention, Homeless, Homeless person, Homelessness - Outcome; Physical health, Mental Health, Substance use, HIV risk behavior , health care utilization, adherence to health care, Quality of life แต่ไม่ได้มีการระบุว่าได้มีการสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์
4. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ชัดเจนหรือไม่	- ได้มีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยอย่างชัดเจน คือ ใช้การประเมินจากโปรแกรมการดูแล จากกลุ่มเปรียบเทียบ และการรายงานผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่ให้ผลดีในการทำให้ภาวะสุขภาพของคนไร้บ้านดีขึ้น เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCTs), Prospective longitudinal studies, Retrospective studies
5. มีการประเมินคุณภาพ งานวิจัยที่คัดเลือกหรือไม่	- มีการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่คัดเลือก พบงานวิจัยเกี่ยวกับคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด 17 เรื่องเป็นงานวิจัย RCT, Longitudinal cohort study, Retrospective studies
6. มีรายละเอียดของงานวิจัยที่ คัดเข้ามาที่ละเรื่องหรือไม่	- มีการระบุรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาที่ละเรื่อง คือ แบบงานวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง หัตถการ การรักษา ผลลัพธ์

หัวข้อ	รายละเอียด
7. มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสมหรือไม่	- มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสม ผลงานการวิจัยในแต่ละเรื่องมีความคล้ายคลึงกัน คือ สามารถทำให้อาการทางจิต การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การใช้สารเสพติดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
8. มีการสรุปผลการทบทวนหรือไม่	- มีการสรุปผลการทบทวนงานวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมต่างๆ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. Intensive case management ทำให้อาการทางจิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติที่ได้รับ 2. Outreach, case management, residential treatment พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมทำให้อาการทางจิต (psychological distress) ดีขึ้น ลดการใช้สุราและสารเสพติด 3. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ร่วมกันมีการช่วยเหลือในเรื่องที่พัก (support housing) ลดการนอนพักรักษาแบบผู้ป่วยในและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 4. Assertive community treatment ทีมการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตเป็นคณะทำงาน ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเรื่อง การรับประทานยา และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน (crisis intervention) ในชุมชน 5. ผู้ป่วยที่ได้รับ assertive community treatment สามารถลด psychiatric hospitalizations ทำให้อาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบ brokered case management

เรื่องที่ 3 ชื่อผู้วิจัย

Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R., Postrado, L. T.

ชื่องานวิจัย

A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Archives of General Psychiatry, 54(11), 1038-1043. (1997).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment : ACT) ในกลุ่มคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงเรื้อรัง (severe and persistent mental illness)
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก grant R18 MH 48070 from the Center for Mental Health Services, University of Maryland, Baltimore
สมมุติฐานงานวิจัย	เพื่อทดสอบสมมุติฐานของโปรแกรม assertive community treatment เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติว่าโปรแกรม ACT สามารถ 1. ลดการใช้บริการแบบฉุกเฉิน 2. ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3. ลดการเป็นคนไร้บ้านอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น 4. ลดการแยกออกจากสังคม 5. อาการทางคลินิกดีขึ้น 6. เพิ่มการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control study) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. กลุ่มทดลอง N=77 คนได้รับการดูแลแบบ assertive community treatment 2. กลุ่มควบคุม N=75 คน ได้รับการดูแลตามปกติ
ระดับงานวิจัย	Randomized control study; Level II
Setting งานวิจัย	รัฐ Baltimore สหรัฐอเมริกา

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. เป็นคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง (severe and persistent mental illness) ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ระดับของการไร้ความสามารถ โดยแบ่งเป็นดังนี้ - กลุ่มที่ได้รับเงินช่วยเหลือจาก Supplemental Security Income, Social Security Disability Income, 100% Veteran Administration disability benefit เนื่องจากการได้รับการวินิจฉัย Mental disorder หรือได้รับการวินิจฉัย schizophrenia (DSM-III-R code 295.1, 295.2, 295.3, 295.6, 295.9) หรือ schizoaffective disorder (code 295.7) จาก DSM-III-R - คนที่ไม่เข้า criteria ตามข้อ 1.1 แต่ได้รับการวินิจฉัย Axis I Mental disorder (psychotic disorder, major affective disorder, anxiety disorder) และมีประวัติเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยหรือใช้ระยะเวลานาน (Extensive hospitalization) (Extensive hospitalization หมายถึง มากกว่า 21 วัน หรือไม่ต่ำกว่า 42 วัน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ก่อนมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ หรืออยู่ใน nursing home มากกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ในระยะเวลา 3 ปี) - คนที่ไม่เข้า criteria ตามข้อ 1.1, 1.2 แต่มีประวัติ Mental disorder ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาในระหว่างนั้นไม่สามารถที่จะใช้เวลาอย่างน้อย 75% (ของเวลาในการทำงาน การเรียนตามปกติ การเป็นแม่บ้าน) จากการเป็น Mental disorder 2. เป็นคนไร้บ้านที่อาศัยหลับนอนอยู่บนถนนหรืออยู่ใน shelter หรือ mission อย่างน้อย 5 วัน ในช่วง 45 วันที่ผ่านมา หรือ 14 วันในช่วง 180 วันที่ผ่านมาหรืออาศัยอยู่ในที่พัก

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย(ต่อ)	ชั่วคราวอย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาซึ่ง criteria เหล่านี้อยู่บนพื้นฐานของ National Institutes of Mental Health definition of homelessness and prior studies of the homeless 3. ศึกษาทั้งหมด 19 เดือนตั้งแต่ 1 มีนาคม 1991- 30 กันยายน 1992 project staff คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล inner-city psychiatric hospital และส่งต่อมาจากหน่วยงานที่ให้บริการคนไร้บ้านในเมือง Baltimore (หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพพื้นฐาน shelters , mission, soup kitchens) - ให้ข้อมูลกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาและเห็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ - จากประชากรทั้งหมด 183 คนยินยอมเข้าร่วมโครงการ 152 (83%) คน เป็นประชากรที่มาจากผู้ป่วยใน 44 คน จาก 49 คน คิดเป็น 90% ประชากรที่มาจากผู้ป่วยนอกที่อาศัยอยู่ในชุมชน 108 คน จาก 134 คน คิดเป็น 80.6% ประชากรที่ศึกษาไม่ได้มีความแตกต่างในเรื่องอายุ เชื้อชาติ การวินิจฉัยโรค - มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าโปรแกรม ACT 77 คน (22 คน มาจากผู้ป่วยใน 55 คนมาจากในชุมชน) และ 75 คน เข้าโปรแกรมการดูแลตามปกติ (22 คนมาจากผู้ป่วยใน 53 คนมาจากในชุมชน)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. ประเมินโรคทางจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) 2. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Colorado Symptom Index (CSI) 3. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน Quality of Life Interview (QOLI) โดยในแบบประเมินจะประเมินในด้านความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	เข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ 4. ประเมิน Medical Outcomes โดยใช้แบบประเมิน Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)
Invention	1. โปรแกรม ACT ใช้โปรแกรมที่มีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) และ Dixon, Krauss, Kernan, Lehman, DeForge (1995) นำมาประยุกต์ใช้ เป็นรูปแบบการดูแลที่มีการประสานบริการในชุมชนและการดูแลทางคลินิกโดยใช้การดูแลแบบเข้มข้น จริงจัง ใกล้ชิด รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1. เป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2. มีทีม ACT ที่ทำงานตลอดเวลาและสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) ประกอบด้วย staff ทำงานคนละ 12 ชั่วโมง 3. Program director เป็นนักสังคมสงเคราะห์จบการศึกษาปริญญาโท 4. มีนักจิตวิทยาและและบุคลากรที่บริหารจัดการเรื่องยา (medical director) ทำงานตลอดเวลา 5. มีผู้จัดการรายกรณี 6 คน ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และคนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟู 6. มีคนที่ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย 2 คน (consumer advocates) 7. มีเลขาคอยให้การต้อนรับ 8. มี part-time family outreach worker จากสหพันธ์ของ Mentally Ill ของ Baltimore และพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner) ให้การดูแลด้านโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem)

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	หมายเหตุ consumer advocates และ family outreach worker ไม่ได้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ อาจมีหรือไม่มีก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องมีการตรวจเยี่ยมประจำวันโดย Staff โปรแกรม ACT แบ่งระยะการบำบัดเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1. ระยะ Engagement วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วย 2. ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาฉุกเฉินหรือช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในกรณีที่ปฏิเสธการรับประทานยาและมีอาการทางจิตรุนแรง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ที่พักอาศัย อาหาร เสื้อผ้า การจัดการเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการจากแหล่งสนับสนุนต่างๆในชุมชนและสังคม 2. ระยะ Stabilization เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มต้นที่จะพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน ผู้ป่วยและทีมมีการวางแผนร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายให้ผู้ป่วยฝึกการดำรงชีวิตด้วยตนเอง เช่น ในช่วงแรกทีมดูแลในเรื่องของการใช้จ่ายเงินให้ทั้งหมด หลังจากนั้นมีการจ่ายเงินให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้จ่ายและบริหารเงินเองในการจ่ายค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร เสื้อผ้า และในระยะยาวให้ผู้ป่วยเป็นคนจัดการการเงินทั้งหมดด้วยตนเอง วัตถุประสงค์ 1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้มีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	2. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน และส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต 3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดร่วมมือกันในการจัดการกับ ปัญหาในด้านต่างๆของผู้ป่วย และส่งเสริมการปรับตัวใน ชีวิตประจำวัน วิธีดำเนินการ โดยทีมดูแลในเรื่อง 1. ด้านความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) - การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการ กระบวนการบำบัดรักษา การสังเกตอาการนำ และการป้องกัน อาการกำเริบซ้ำ - การดูแลเรื่องยา (medication support) ดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ให้ความรู้เรื่องยา สอนให้ ผู้ป่วยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาและ ติดตามให้ผู้ป่วยร่วมมือรับประทานยาต่อเนื่อง - การทำ Psychotherapy (supportive therapy, behavioral therapy, cognitive therapy) และการให้การปรึกษา (counseling) สอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แนวทางในการจัดการ กับปัญหา เช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฝึกใช้กระบวนการใน การแก้ปัญหา (problem-oriented approach) มีการให้การ ปรึกษอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันโดยสมาชิก ในทีม ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ให้การปรึกษาควบคู่ไป กับการฟื้นฟู 2. ด้านการเป็นคนไร้บ้าน (homelessness) - การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) โดยการช่วยผู้ป่วยหาที่พักอาศัยที่เหมาะสม ช่วยหาห้องเช่า ที่ปลอดภัยและช่วยเหลือในเรื่องค่าเช่าห้อง ส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าของห้องเช่า 3. ด้านการใช้สารเสพติด (substance abuse) เป็นการดูแล โดยทีม Staff ในการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลหรือ

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	แบบกลุ่มโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องของสารเสพติด เช่น Motivational interviewing, Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous 4. ด้านรายได้ (income) เป็นการดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี - การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง การรับเงินช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ (payee services) - ส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูและฝึกอาชีพ - ส่งเสริมโอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การหางานทำ ช่วยผู้ป่วยหางานประเภทอาสาสมัครหรืองานที่เป็นวิชาชีพ ช่วยติดต่อกับแหล่งงานต่างๆ และให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการทำงาน คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน 5. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) - สอนให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลที่อยู่อาศัย - ฝึกทักษะชีวิตผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของประกอบอาหาร การดูแลเครื่องนุ่งห่ม การใช้บริการขนส่งสาธารณะ - การจัดการเรื่องการเงิน (financial management) ได้แก่ การช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ช่วยแก้ปัญหาในกรณีที่มีปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายเงิน มีความบกพร่องในการใช้จ่ายเงิน ช่วยดูเรื่องใบเก็บเงินต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยบริหารจัดการเงินด้วยตนเอง 6. ด้านครอบครัว (family issues) ค้นหาครอบครัวให้กับผู้ป่วย ในกรณีสามารถติดต่อครอบครัวได้ ให้การปรึกษาและจิตศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว ประสานให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	7. ด้านความเจ็บป่วยทางกาย (medical illness) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ ให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พาไปตรวจสุขภาพ ช่วยจัดตารางการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ 3. ระยะ Maintenance and Ongoing Treatment เป็นระยะที่ติดตาม สนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1-2 ปี หลังเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ต้องได้รับการดูแลแบบเข้มข้น เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเรื้อรังและต้องมียาในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การส่งเสริมการมีงานทำ การป้องกันการใช้สารเสพติดและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนที่พักหรืออยู่ในบริเวณใกล้เคียงและมีการสนับสนุนช่วยเหลือโดย family outreach worker 4. ระยะจำหน่าย (Discharge) ในโปรแกรม ACT ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตามความต้องการ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยกับทีมบำบัดรักษามีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโปรแกรมได้ อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามทางโทรศัพท์ แบบ case management programs ในระยะนี้ต้องติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับมาเข้าโปรแกรมใหม่ได้ 2. โปรแกรมการดูแลตามปกติ เป็นระบบบริการสุขภาพจิตใน Baltimore รวม 7 ชุมชนที่เป็นศูนย์กลางการดูแลด้านสุขภาพจิตทำงานโดยไม่หวังผลกำไร, private, local mental health authority ซึ่งพัฒนาโดย Robert Wood Johnson

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	Foundation Program on Chronic Mental Illness หลายๆ ชุมชนมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในและฉุกเฉิน รูปแบบการดูแล 1. สอนและสนับสนุนการดูแลแบบผู้ป่วยใน การดูแลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน 2. หลายๆ องค์กรในชุมชนใน Baltimore จะให้การดูแลเฉพาะคนไร้บ้าน การบริการด้านสุขภาพสำหรับคนไร้บ้านการดูแลในชุมชน (outreach) ให้การสนับสนุนดูแลแบบ case management การดูแลสุขภาพพื้นฐาน ผู้ป่วยต้องเข้ามารับบริการในสถานบริการแบบผู้ป่วยนอกในระยะยาว 3. เป้าหมายการดูแลด้านสุขภาพคนไร้บ้านคือ การสนับสนุนและส่งเสริมให้คนเหล่านี้ค้นหาบริการด้านสุขภาพและส่งต่อไปยัง หน่วยบริการดูแลด้านสุขภาพ 4. จัดหาเครือข่ายสำหรับคนไร้บ้าน เช่น shelters, missions, soup kitchens 5. ทั้งสองโปรแกรมมีความแตกต่างกันคือ staff จากทีม ACT (1:11) staff จากทีมการดูแลตามปกติ (1:75) การเปรียบเทียบทั้งสองโปรแกรมโดยใช้ the Community Program Philosophy Scale (CPPS) ค่าของคะแนนโปรแกรม ACT สูงกว่าโปรแกรมการดูแลตามปกติ 3 subscale โดยแตกต่างกันในเรื่องของ clinical base psychotherapy และ medical services ในเรื่องของ subscale ประกอบด้วย emergency access (ACT program mean = 16.0, SD=2.53; comparison mean=13.2, SD=3.01; $t=3.35$ df=1, 91, $P=.005$) Longitudinality of care (ACT program mean = 15.5, SD=1.64; comparison mean=14.8, SD=2.90; $t=4.60$ df=1,92, $P<.001$) และ term model (ACT program mean = 16.5, SD=3.41; comparison mean=14.7, SD=2.62;

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	$t=2.13$ $df=1,92$, $P=.04$) คะแนนของโปรแกรม ACT สูงกว่าโปรแกรมการดูแลตามปกติเมื่อประเมินจาก routine clinical service ประเมินโดย the Community Program Philosophy Scale (CPPS) การช่วยเหลือพื้นฐานประกอบด้วย การหาบ้านพักให้ การประสานงานในเรื่องของสิทธิต่างๆ การส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลือ 6. ในเรื่องของทีม ACT และทีมการดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันใน 2 subscale เมื่อประเมินโดย the Community Program Philosophy Scale (CPPS) คือเรื่อง outreach orientation และ vocation emphasis - โครงการนี้มีการเพิ่มในเรื่องการเจ้าหน้าที่พักให้สำหรับกลุ่มตัวอย่างในตอนแรกที่เข้าโปรแกรมทั้งโปรแกรม ACT และการดูแลตามปกติ การประเมินผล - ประเมินผลการศึกษาเป็นระยะคือ 2, 6, 12 เดือน มีการพบปะกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง/เดือน ในช่วงที่อาศัยอยู่ในที่พักเพื่อติดตามและให้ข้อมูลความรู้ ในแต่ละเดือนจะประเมินในเรื่องของรูปแบบการบริการ ความเสี่ยง ประเมินข้อมูลพื้นฐาน 1. ประเมินโรคทางจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) 2. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Colorado Symptom Index (CSI) 3. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน Lehman Quality of Life Interview (QOLI) โดยในแบบประเมินจะประเมินในด้านความพึงพอใจในชีวิต การทำหน้าที่ โอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

หัวข้อ	รายละเอียด
Invention (ต่อ)	4. ประเมิน Medical Outcomes โดยใช้แบบประเมิน Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) มีการจ่ายเงิน \$ 40 เมื่อประเมินครั้งแรก และจ่าย \$ 20 ในการติดตามประเมินผลแต่ละครั้ง
ผลการวิจัย	การติดตามการลดลงของขนาดจำนวนประชากร - การติดตามในระยะ 2, 6, 12 เดือนพบว่ามีการลดลงของขนาดจำนวนประชากรตามลำดับคือ 94%, 88%, 83% การลดลงของขนาดจำนวนประชากรในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (23%) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ACT (13%) แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะประชากร - จากการศึกษพบว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย African American ไม่ได้แต่งงาน อายุ Mean (SD) 36 (8.3)-39 (9.5) ได้รับการวินิจฉัย schizophrenia schizoaffective และ co-morbid substance use disorder เป็นคนไร้บ้านมากกว่า 1 ปี Service outcome - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT สามารถลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยในและลดการใช้บริการในหน่วยบริการฉุกเฉินได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ACT program subject adjusted mean =0.8 visits, SEM=0.3; comparison subject adjusted mean =2.0, SEM=0.3; ANCOVA $f=6.96$, $df=1,144$ $P=.009$) - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT ใช้บริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ACT program subject adjusted mean =102.7, SEM=6.4; comparison subject adjusted mean =39.5, SEM=6.6; ANCOVA $f=45.6$,

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	df=1,144 P<.001) - ถ้าพิจารณาถึง general medical service การใช้บริการฉุกเฉิน หรือการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก พบว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม มีการเพิ่มขึ้นของ general medical inpatient day ในทั้งสองกลุ่ม นอกจากนั้นในทั้งสองกลุ่มยังเหมือนกันในเรื่องการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบริการฉุกเฉินเกี่ยวกับ substance use disorder - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับ substance abuse treatment มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ACT program subject adjusted mean =19.0 visits, SEM=3.0; comparison subject adjusted mean =4.9, SEM=3.1; ANCOVA $f=10.8$, $df=1,144$ P=.001) Housing Outcome - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT มีจำนวนวันอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT มีจำนวนวันอาศัยอยู่บนถนนอยู่นอก shelter ลดลงเฉลี่ย 58% และจำนวนวันอาศัยอยู่ในคุกลดลงเฉลี่ย 53% แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05) - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT พบว่ามีความพึงพอใจในเรื่องการจัดที่พักให้มากกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผล 6 เดือน (การประเมินความพึงพอใจในเรื่องการจัดที่พักให้ 1= terrible, 7=delighted) แต่ในการติดตามผล 2, 12 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน การประเมินในระยะ 2 เดือน ACT program subject=4.60, SEM=0.15 vs comparison subject=4.39, SEM=0.16 การประเมินในระยะ 6 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ACT program subject=4.99, SEM=0.16 vs comparison subject=4.46, SEM=0.17(ANCOVA $F=5.18$, $df=1,139$, $P=.02$) การประเมินในระยะ 12 เดือน ACT program subject=5.19, SEM=0.16 vs comparison subject=5.07, SEM=0.18 Clinical outcomes - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT พบว่ามีการดีขึ้นของอาการทางจิตเมื่อประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Colorado Symptom Index (CSI) การประเมินในระยะ 2 เดือน :4.10 (SEM=0.10) vs 3.61 (SEM=0.10) (ANCOVA $F=11.88$, $df=1,147$, $P=.001$) การประเมินในระยะ 6 เดือน :4.24 (SEM=0.10) vs 3.68 (SEM=0.10) (ANCOVA $F=15.34$, $df=1,147$, $P<.001$) การประเมินในระยะ 12 เดือน :4.12 (SEM=0.11) vs 3.77 (SEM=0.11) (ANCOVA $F=5.04$, $df=1,121$, $P=.03$) - การประเมิน Medical Outcomes โดยใช้แบบประเมิน Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) พบว่ามีการดีขึ้นของ self-rated health status outcome ในการติดตาม 2, 6 เดือน แต่ไม่แตกต่างกันหลังการติดตาม 1 ปี Quality of life การประเมินความพึงพอใจในชีวิตพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น และไม่มีความแตกต่างกันในสองกลุ่มในการประเมินช่วงแรกและการประเมินหลังเข้าโปรแกรม 12 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็น ปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance	- งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีอาการทางจิตรุนแรง เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลจากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรง สามารถลดอาการทางจิต ลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดการใช้บริการในหน่วยบริการฉุกเฉิน มีจำนวนวันอาศัยอยู่ในชุมชนและใช้บริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกมากกว่า มีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น - การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมี program director เป็นนักสังคมสงเคราะห์จบการศึกษาปริญญาโท มีนักจิตวิทยาและ medical director ทำงานตลอดเวลา มี 6 clinical managers ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และคนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟู มีเอกลักษณ์ในการทำการบำบัด - กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ Archives of General Psychiatry (Journal) 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถาบัน the Center for Mental Health Service Research และ the Department of Family Medicine , Maryland Baltimore สหรัฐอเมริกา 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก grant R18 MH48070 from the Center for Mental Health Services, University of Maryland, Baltimore 4. คุณภาพงานวิจัย - งานวิจัยนี้มีการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและมีการให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมก่อนทำการทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit (ต่อ)	- ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญคือ เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรม assertive community treatment ในกลุ่มคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงเรื้อรัง มีการอ้างอิงถึงคนที่พัฒนาโปรแกรม assertive community treatment และนำมาใช้ในการวิจัย บอกเหตุผลในการเลือกใช้โปรแกรม - งานวิจัยระบุถึงปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยและมีการระบุวัตถุประสงค์ในการทดสอบสมมติฐานอย่างชัดเจน - การออกแบบงานวิจัยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมซึ่งผู้ประเมินทราบสถานะของผู้ป่วยว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลอง - งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย - การอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อ้างอิงกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรทั้งหมด แต่บอกจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์และนำมาคิด ผลจากประชากรทั้งหมด 183 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 152 (83%) คน เป็นประชากรที่มาจากผู้ป่วยใน 44 คน จาก 49 คน คิดเป็น 90% ประชากรที่มาจากผู้ป่วยนอกที่อาศัยอยู่ในชุมชน 108 คน จาก 134 คน คิดเป็น 80.6% ซึ่งมีขนาดใหญ่น่าสนใจเหมาะสมในการวิจัย - ผู้วิจัยได้เสนอแนะควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโปรแกรม ACT เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ และระบุข้อจำกัดของงานวิจัยคือ การวิจัยประเมินในระยะเวลาสั้นมีข้อจำกัดในการประเมินความแตกต่างในระหว่าง 2 กลุ่มในระยะยาวโดยเฉพาะในด้านการทำงานที่ (functional status)

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Transferability of the findings	- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เพื่อลดอาการทางจิต ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้านและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ไปให้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Feasibility	- มีความเป็นไปได้ในการนำการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดของจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการทางจิตกำเริบ แต่หน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ประเมินการบำบัดแบบการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) และเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ควรมีประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญและฝึกการใช้เครื่องมือ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Cost-benefit ratio	- หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัดและเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การเตรียมในด้านสถานที่และบุคคล รวมทั้งการเสียค่าใช้จ่ายในการทำ การบำบัดและการติดต่อเรื่องที่อยู่อาศัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าต้นทุนในการบำบัดการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตที่รุนแรง ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. กลุ่มประชากรเป็นคนที่บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรง 2. รูปแบบการดูแลของโปรแกรม ACT ประกอบด้วย - เป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน - มีทีม ACT ดูแลและสามารถติดต่อบุคลากรได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีบุคลากรทำงานเต็มเวลาวันละ 12 ชั่วโมง - Program director เป็นนักสังคมสงเคราะห์จบการศึกษาปริญญาโท - มีนักจิตวิทยาและบุคลากรที่บริหารจัดการเรื่องยา (medical director) ทำงานตลอดเวลา - มีผู้จัดการรายกรณี 6 คน ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช และ คนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟู - มีคนที่ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย 2 คน (consumer advocates) - มีเลขาคอยให้การต้อนรับ - มี part-time family outreach worker จากสหพันธ์ของ Mentally Ill ของ Baltimore และพยาบาลทำงานบางเวลา (part-time nurse practitioner) ให้การดูแลด้านโรคทางกายเรื้อรัง (chronic medical problem) - ผู้ป่วยแต่ละคนถูกจัดให้เข้า mini-team และให้การดูแลโดยผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยในอัตราส่วน 1: 10-12 ร่วมกับนักจิตวิทยาและ consumer advocates ใน ACT ทีม consumer advocates จะทำหน้าที่ในการในการตัดสินใจและมีความรู้ในเรื่องของผู้ป่วย Staff มีการพูดคุยกันถึงการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและวางแผนการดูแลในวันต่อไป และทีมจะต้องมีการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 2 สัปดาห์ / ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	หมายเหตุ Consumer advocates และ family outreach worker ไม่ได้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ อาจมีหรือไม่มีก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องมีการตรวจเยี่ยมประจำวัน ทั้งสองโปรแกรม มีความแตกต่างกันคือ staff จากทีม ACT (1: 11) staff จากทีมการดูแลตามปกติ (1: 75) - โปรแกรม ACT ใช้โปรแกรมที่มีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) และ Dixon, Krauss, Kernan, Lehman, DeForge (1995) นำมาประยุกต์ใช้ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ACT สามารถลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยในและลดการใช้บริการในหน่วยบริการฉุกเฉินได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ใช้บริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ใช้บริการแบบ ผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับ substance abuse treatment มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีจำนวนวันอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าการดูแลตามปกติ มีจำนวนวันอาศัยอยู่บนถนนอยู่นอก shelter ลดลงเฉลี่ย 58% และจำนวนวันอาศัยอยู่ในคุกลดลงเฉลี่ย 53% แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) มีความพึงพอใจในเรื่องการจัดที่พักให้มากกว่าการดูแลตามปกติ มีการดีขึ้นของอาการทางจิต

เรื่องที่ 4 ชื่อผู้วิจัย

Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W.D., Trusty, M. L.

ชื่องานวิจัย

Cost-Effectiveness Evaluation of Three Approaches to Case Management for Homeless Mentally Ill Clients.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

American Journal of Psychiatry, 153(3), 341-348. (1997).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเรื่องค่าใช้จ่ายของโปรแกรมที่ใช้สำหรับดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (severe mental illness) และกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก NIMH grant MH-46160 from the National Institute of Mental the National Institute of Mental Health
สมมุติฐานงานวิจัย	1. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม ACT ทั้งสองโปรแกรมจะมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าในเรื่องการมีที่พัก (stable housing) อาการทางจิต และความพึงพอใจ 2. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม ACT จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในเรื่องอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลแบบผู้ป่วยใน 3. ในผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment with community workers จะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าในโปรแกรมอื่นที่มี professional staff ดูแล
ระเบียบวิธีวิจัย	- เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized experiment) แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม - กลุ่มตัวอย่างมีการคัดเลือกโดยใช้นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการวิจัย หลังจากนั้นให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ - มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าทั้ง 3 โปรแกรมและแจกเอกสารให้ข้อมูลในรายละเอียดแต่ละโปรแกรมที่จะได้รับ ได้รับเงินหลังการสัมภาษณ์คนละ \$5-\$10

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ)	1. N= 22 brokered case management 2. N=28 assertive community treatment alone 3. N=35 assertive community treatment with community workers - ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 6 เดือน ก่อนเข้าโปรแกรม, เดือนที่ 1-6 , 7-12, 13-18
ระดับงานวิจัย	Randomized experiment แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม; Level II
Setting งานวิจัย	The St. Louis Mental Health Center. ในสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในตอนแรกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน ครั้งหนึ่งมาจาก emergency rooms และอีกครั้งหนึ่งมาจากหลายๆโรงพยาบาลจิตเวชที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม criteria เหลือจำนวน 165 คนและสุ่มเข้า 3 โปรแกรมแต่เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คนหลังสิ้นสุดโปรแกรม (30 คนไม่สามารถที่จะติดตามได้ในช่วงที่เข้าโปรแกรม 17 คน ขอยออกจากโปรแกรม 33 คน ไม่รวมมือในการติดตาม ไม่รวมในการบันทึกข้อมูล) 3. เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้จำนวน 85 คน 28 คนเข้าโปรแกรม assertive community treatment อย่างเดียว 35 คนเข้าโปรแกรม assertive community treatment with community workers และ 22 คนเข้าโปรแกรม brokered case management เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากร 1. คนไร้บ้านและมีปัจจัยเสี่ยงที่จะไร้บ้าน 2. ได้รับการวินิจฉัย axis I (serious DSM-III-R axis I diagnosis) 3. ไม่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับการข่มขืน ฆาตกรรม การทำร้าย ร่างกายที่รุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	4. เติบโตที่จะเข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว
เครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์	ประเมินก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ทั้งหมด 18 เดือน โดยใช้เครื่องมือ 1. ประเมินความพึงพอใจ มีทั้งหมด 8-item scale ประเมิน ก่อน 3 เดือน และประเมินอีกครั้ง หลังเข้าโปรแกรม 18 เดือน 2. ประเมิน stable housing ประเมินจำนวนวันที่อาศัยอยู่ใน housing ประเมินก่อนเข้ากลุ่มและประเมินอีกครั้ง 18 เดือน ประเมินในช่วง 30 วันก่อนเข้ากลุ่ม ไม่นับรวมจำนวนวันที่อาศัยหลับนอนในถนน ในที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ ป้ายรถเมล์ ใน emergency shelter ในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช ในคุก หรือพักอาศัยชั่วคราวกับเพื่อนหรือญาติ apartments หรือสิ่งปลูกสร้างที่ทางรัฐจัดให้ 3. ประเมิน psychiatric symptoms ประเมินก่อนเข้ากลุ่มและประเมินหลังเข้าโปรแกรม 18 เดือน สัมภาษณ์โดยนักวิจัย ใช้ 24-item Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มีการ Rate แต่ละ item เป็น 7 score , score 7 มีระดับรุนแรง และใช้จำนวนทั้งหมดของระดับรุนแรงสำหรับการศึกษา 4. ประเมิน Service Utilization and Cost Data
Intervention	โปรแกรมการดูแลประกอบด้วย 1. Brokered case management เป็นโปรแกรมที่ case manager ประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย พัฒนาแผนการดูแล การเตรียมการดูแลด้านสุขภาพจิต การฟื้นฟูด้านจิตสังคม (psychosocial) และติดตามความก้าวหน้า มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 2. Assertive community treatment only ใช้โปรแกรมการดูแลที่พัฒนาโดย Stein & Test (1985) มีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	นำมาใช้โดย Morse, et al. (1992) โปรแกรมการดูแล ประกอบด้วย การให้บริการในชุมชน (outreach) การให้บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) การช่วยเหลือให้เข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ ระบบการขนส่ง การฝึกทักษะชีวิต ในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดการกับอาการ (symptom management) การให้คำปรึกษา (supportive counseling) และการบริการด้านสุขภาพจิต การบริการส่วนใหญ่จะเข้าไปในชุมชนมากกว่า การใช้บริการในหน่วยบริการ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ทีมผู้บำบัดมีข้อแตกต่างจากโปรแกรมพื้นฐานของ assertive community treatment คือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนแต่จะให้การบริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 3. Assertive community treatment with community workers โปรแกรมจะเหมือน กับ assertive community treatment only ยกเว้นผู้ป่วยจะถูกจัดให้บุคลากรที่ทำงานในชุมชนและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community workers) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครและได้ค่าจ้างขั้นต่ำ
ผลการวิจัย	การลดลงของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง - จากการศึกษพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเหลือเข้ากลุ่มจนครบโปรแกรมจำนวน 85 คน จากทั้งหมด 165 คน หลังมีการสุ่มเข้า 3 โปรแกรม จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการวิเคราะห์ถึงผลกระทบของการลดลงของกลุ่มประชากร และพบว่าผู้ป่วยออกจากการศึกษาในกลุ่ม brokered condition 63% กลุ่ม assertive community treatment only 44% และกลุ่ม assertive community treatment with community workers 33% ซึ่งพบว่าการออกจากโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=10.50$, $df=4$, $p<0.05$) แต่เมื่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ศึกษาลักษณะกลุ่มประชากรที่ออกจากโปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างที่ยังอยู่ในโปรแกรมในเรื่องของ อายุ เชื้อชาติ เพศ สถานภาพ การศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ $p=0.001$ จากการศึกษาในด้านลักษณะของกลุ่มประชากรที่เข้าโปรแกรมพบว่า เป็นเพศชาย 50 คน (58.8%) เพศหญิง 35 คน (41.2%) เป็น African American 47 (55.3%) Anglo American 38 (44.7%) ไม่ได้แต่งงาน 56 (65.9%) ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือ โรค schizophrenia 57 (67.1%) รองลงมาคือ disorder present 26 (30.6%) substance use disorder present 22 (25.9%) psychosis not otherwise specified 13 (15.3%) bipolar disorder 12 (14.1%) major depression 10 (11.8%) delusional or paranoid disorder 3 (3.5%) อายุ (years) 33.6 ระดับการศึกษา (years) 11.1 Months since respondent last had permanent place to stay 29.5 Housing in 30 days before intake Days in stable housing 5.91 จำนวนวันที่อาศัยอยู่ใน Emergency shelters หรืออาศัยหลับนอนบนถนน 16.42 อาศัยอยู่ในบ้านหรือกับเพื่อน 7.67 Client Outcomes - จากการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ของการบริการทั้ง 3 รูปแบบแตกต่างกันมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=44.19$, $df=2, 82$, $p<0.001$) - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment only, assertive community treatment with community workers พบว่ามีการพบปะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าโปรแกรม brokered case management ที่ $p<0.05$ - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment only, assertive community treatment with community workers มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม brokered case management ($F=4.50$, $df=2, 74$, $p<0.01$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ในด้านของการมีบ้านอยู่ (stable housing) พบว่าทั้ง 3 โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันหลังการประเมิน 18 เดือน ($F=1.17$, $df=2, 81$, $p<0.31$) - ในด้านของอาการทางจิต (symptom score) หลังการประเมิน 18 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment only และ assertive community treatment with community workers สามารถทำให้อาการทางจิตลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม brokered case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.12$, $df=2, 78$, $p=0.001$) Service Utilization - รูปแบบการเข้าโปรแกรมทั้ง 3 โปรแกรมแบ่งระยะเวลาออกเป็น 4 ช่วง คือ 1) 6 เดือนก่อนการศึกษา 2) เดือนที่ 1-6 3) เดือนที่ 7-12 4) เดือนที่ 13-18 - จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเวลา การบริการ ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าทั้ง 3 โปรแกรม สามารถลดในเรื่องการใช้บริการจิตเวชแบบผู้ป่วยใน ($F=14.69$, $df=3, 246$, $p<0.001$) มีการเพิ่มขึ้นในเรื่องการจัดที่พักให้ ($F=11.87$, $df=3, 246$, $p<0.001$), SSI ($F=15.71$, $df=3, 246$, $p<0.001$) การมีบัตรอาหาร ($F=6.42$, $df=3, 246$, $p<0.001$) แต่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ทั้งสองแบบ จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของที่พักมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม brokered case management แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 13-18 ($F=1.33$, $df=2, 82$, $p<0.05$) - กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment only ใช้บริการ drop-in center น้อยกว่าในอีก 2 โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 7-12 ($F=4.07$, $df=2, 82$,

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	$p < 0.05$) และน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment with community workers ในเดือนที่ 13–18 ($F = 3.09$, $df = 2, 82$, $p < 0.05$) - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment conditions ทั้งสองกลุ่มส่วนมากได้รับ การรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทั่วไป และใช้ระยะเวลาดำเนิน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม brokered case management ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชโดยเฉพาะ และพบความแตกต่างของการรักษาแบบผู้ป่วยในในเดือนที่ 7-18 Costs - การประเมินในเรื่องค่าใช้จ่าย ประเมินหลังเดือนที่ 18 ในแต่ละโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละโปรแกรม assertive community treatment \$ 49,510 assertive community treatment with community workers \$39,913 brokered case management \$45,076 โดยภาพรวมจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ใช้เงินมากกว่าแต่ถ้าเปรียบเทียบแล้วพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.88$, $df = 3, 81$, $p < 0.14$, $R^2 = 0.07$) - กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ใช้บริการจำนวนครั้งในโรงพยาบาลทั่วไปน้อยกว่า และ assertive community treatment ใช้เงินในการหาบ้านให้อยู่แพงกว่า ส่วน brokered case management จ่ายในเรื่องของ shelter แพงกว่า - ท้ายที่สุด พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับ assertive community treatment ทั้งสองกลุ่มในช่วง 6 เดือนที่ทำการศึกษา เพิ่มขึ้นอีก \$3,000 ในการให้ความช่วยเหลือ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ในด้านการฝึกอาชีพ การให้ความรู้ การจัดหาที่พัก การติดตามช่วยเหลือ แต่จะลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การอภิปรายผล - จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ให้ผลดีในเรื่องการเข้าถึงบริการ อารมณ์ทางจิตลดลงและมีความพึงพอใจมากกว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม brokered case management แต่ค่าใช้จ่ายในเรื่อง ของการมีบ้านอยู่ (stable housing) ไม่แตกต่างกัน เมื่อดูในรายละเอียดแล้ว โปรแกรม assertive community treatment ใช้เงินในเรื่อง housing subsidies ส่วน brokered case management ใช้เงินในเรื่อง emergency shelter
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance	- งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกที่พบว่าคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงและกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลจากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรงและกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน พบว่ามีการพบปะกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และสามารถลดอาการทางจิตมากกว่า ลดจำนวนวันการรักษาแบบผู้ป่วยใน ใช้บริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกมากกว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับ assertive community treatment ทั้งสองกลุ่มในช่วง 6 เดือนที่ทำการศึกษา เพิ่มขึ้นอีก \$3,000 ในการการให้ความช่วยเหลือในด้านการฝึกอาชีพ การให้ความรู้ การจัดหาที่พัก การติดตามช่วยเหลือ แต่จะลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน - การทำงานใช้นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทในการสัมภาษณ์ ทีมผู้บำบัดมีข้อ

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance (ต่อ)	แตกต่างจากโปรแกรมพื้นฐานของ assertive community treatment คือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนแต่จะให้บริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน และ community workers คือ บุคลากรที่ทำงานในชุมชนและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ในการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครและได้ค่าจ้างขั้นต่ำ (paid the minimum wage) - กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ American Journal of Psychiatry (Journal) 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถาบันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก NIMH grant MH -46160 from the National Institute of Mental the National Institute of Mental Health. 4. คุณภาพงานวิจัย - งานวิจัยนี้มีการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนมีการให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมก่อนทำการทดลองและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญคือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเรื่องค่าใช้จ่ายของโปรแกรมที่ใช้สำหรับดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงและกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้าน - งานวิจัยระบุถึงปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยและมีการระบุวัตถุประสงค์ในการทดสอบสมมติฐานอย่างชัดเจน - การออกแบบงานวิจัยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมซึ่งผู้ประเมินทราบสถานะของผู้ป่วยว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit (ต่อ)	- งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย - การอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อ้างอิงกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรทั้งหมด แต่บอกจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์และนำมาคิดผลจากประชากรทั้งหมด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในตอนแรกจำนวน 325 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Criteria เหลือจำนวน 165 คน สุ่มเข้า 3 โปรแกรม เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เหมาะสมในการตอบปัญหาการวิจัย - เนื่องจากมีการ drop out สูงแต่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม brokered case management มีการ drop out มากกว่าโปรแกรม ACT - ผู้วิจัยได้ระบุข้อจำกัดของงานวิจัยคือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนแต่จะให้บริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Transferability of the findings	- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาปรับดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เพื่อลดอาการทางจิต ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Feasibility	- มีความเป็นไปได้ในการนำการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดของจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการทางจิตกำเริบ แต่หน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ประเมินการบำบัดแบบการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) และเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ควรมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญและฝึกการใช้เครื่องมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Cost-benefit ratio	- หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัดและเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การเตรียมในด้านสถานที่และบุคคล รวมทั้งการเสียค่าใช้จ่ายในการทำการบำบัด และการติดต่อเรื่องที่อยู่อาศัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตที่รุนแรง ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไร้บ้านและมีปัจจัยเสี่ยงที่จะไร้บ้านได้รับการวินิจฉัย axis I (serious DSM-III-R axis I diagnosis) - โปรแกรม assertive community treatment only เป็นการให้บริการในชุมชน (outreach) การให้บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (on-call) การช่วยเหลือให้เข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ ระบบการขนส่ง การฝึกทักษะชีวิตในการดำรงชีวิตประจำวัน (skill training and assistance in activities of daily living) การจัดการกับอาการ (symptom management) การให้คำปรึกษา (supportive counseling) และการบริการด้านสุขภาพจิต การบริการส่วนใหญ่จะเข้าไปในชุมชนมากกว่าการใช้บริการในหน่วยบริการ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ทีมผู้บำบัดมีข้อแตกต่างจากโปรแกรมพื้นฐานของ assertive community treatment คือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลออกไปในชุมชนแต่จะให้การบริการอยู่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน - โปรแกรม assertive community treatment with community workers เหมือนกับ assertive community treatment only ยกเว้นผู้ป่วยจะถูกจัดให้บุคลากรที่ทำงานในชุมชนและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	workers) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ในการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมยามว่าง ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครและได้ค่าจ้างขั้นต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment only, assertive community treatment with community workers พบว่ามีการพบปะกลุ่มตัวอย่างมากกว่า มีความพึงพอใจมากกว่า สามารถทำให้อาการทางจิตลดลงมากกว่าและผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทั่วไป และใช้ระยะเวลาสั้น - ในด้านการมีบ้านอยู่ (stable housing) ทั้ง 3 โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ทั้งสองแบบ จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของที่พักมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment only ใช้บริการ drop-in center น้อยกว่าในอีก 2 โปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ assertive community treatment with community workers โดยภาพรวมจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment ใช้เงินมากกว่าแต่ถ้าเปรียบเทียบแล้วพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 5 ชื่อผู้วิจัย

Morse, G. A., Calsyn, J., Klinkenberg, W. D., Trust, L., Gerber, F.,
Smith, R., Tempelhoff, B., & Ahmad, L.

ชื่องานวิจัย

An Experimental Comparison of Three Types of Case Management
for Homeless Mentally Ill Persons.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Psychiatric Service, 48(4), 497-503. (1997).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ case management 3 รูปแบบ เพื่อ กำหนดว่ารูปแบบใดมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความ เจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (severe mental illness) และเป็น บุคคลไร้บ้าน หรือเสี่ยงต่อการไร้บ้าน
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก grant MH46160 from the National Institute of Mental Health
สมมุติฐานงานวิจัย	งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุสมมุติฐานงานวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized experiment) แบบมีการ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มสมาชิกที่มารักษาที่ห้อง จิตเวชฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยในเข้าโปรแกรมการรักษา 3 โปรแกรม ดังนี้ 1. Broker case management 2. Assertive community treatment only 3. Assertive community treatment with community worker
ระดับงานวิจัย	งานวิจัยเชิงทดลอง randomized experiment แบบมีการ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม; Level II
Setting งานวิจัย	Malcolm Bliss Mental Health Center และ St. Louis Mental Health อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ Missouri Department of Mental Health
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- งานวิจัยนี้ผู้ป่วยได้รับการเซ็นยินยอมและเต็มใจเข้าร่วม ในการศึกษาวิจัย ถูกคัดเลือกเข้าโปรแกรมการรักษาครั้งแรก ทั้งหมด 325 คน แต่ขาดคุณสมบัติ 121 คน (โดย 45 คน ไม่เข้า criteria ของ homeless หรือ 38 คน ไม่เข้า criteria การ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	วินิจฉัยโรคทางจิตเวช) เหลือผู้ป่วยในโปรแกรม 204 คน มี 26 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมการรักษา และ 13 คน มี dropped out ออกจากโปรแกรม ในช่วงที่แนะนำความเป็นมาของโปรแกรม เหลือผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 165 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 165 คน พบว่า 58% ของผู้ป่วยเป็น เพศชาย 55% เป็น Africa American 45% เป็น Caucasian อายุเฉลี่ย 34.76 ± 10.41 ปี ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM- III-R axis I ว่าเป็น schizophrenia 66% recurrent depression 15% bipolar 13% atypical psychosis 12% delusional or paranoid disorder 3% dementias 1.2 % substance use disorder 24% และ 25% ได้รับการวินิจฉัยตาม axis II ว่าเป็น personality disorder ใน 1 ปี ก่อนเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่พักใน stable housing คือ 132 ± 137.14 วัน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่พักอยู่ใน stable housing ไม่แน่นอน (เช่น อาศัยอยู่กับเพื่อน ญาติพี่น้อง ดิฉันหรือรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช) คือ 105.47 ± 114.61 วัน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ไร้บ้านจริง คือ 126.56 ± 105.46 วัน และติดตาม Follow- up ไปอีก 18 เดือน เหลือผู้ป่วยในโปรแกรม 135 คน เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยไร้บ้านหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการไร้บ้าน จากการที่ได้คัดกรอง ดังนี้ 1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ตามท้องถนน หรือพักอาศัยอยู่ใน emergency shelter มาก่อนที่ได้รับการคัดกรอง 2. เป็นผู้ป่วยที่ไร้บ้านมา 10 วัน หรือ > 10 วัน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 3. เป็นผู้ป่วยที่ไร้บ้านมา 31 วัน หรือ > 31 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 4. เป็นผู้ป่วยที่ไร้บ้าน 3 ครั้ง หรือ > 3 ครั้ง ในช่วงชีวิต เป็นผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM- III-R axis I และเป็นผู้ป่วยไร้บ้าน มีความยินดีและเต็มใจที่จะรับความ

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ช่วยเหลือสวัสดิการด้านต่างๆ มีการจ้างงาน อาศัยอยู่ใน housing ได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิต หรือการบริการด้านอื่นๆ และยินยอมมีส่วนร่วมอยู่ในโปรแกรมการรักษาจนกระทั่งสิ้นสุดประเมินผลโปรแกรม ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานของการศึกษานี้ 5. เป็นผู้ป่วยไม่ทำผิดและถูกดำเนินคดีในข้อหาฆ่าคนตาย ลักทรัพย์ ข่มขืนกระทำชำเรา ทำร้ายร่างกายผู้อื่น หรือ ลอบวางเพลิง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หรือไม่เกิน 1 ครั้ง ที่ทำผิดและถูกดำเนินคดี ในข้อหาทำร้ายร่างกายผู้อื่น ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) - ผู้ป่วยไม่เข้า criteria ของ homeless หรือ criteria การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ มีดังนี้ 1. Treatment activity measure เป็นการประเมินโดยการซักถาม ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือในด้าน housing ได้รับการจ้างงาน ช่วยเหลือทางด้าน financial และ job training เช่น การได้รับสวัสดิการด้านต่างๆ และการดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlement) เป็นต้น ได้รับการรักษาสุขภาพจิต ได้รับการรักษาด้านจิตเวชเสพติด การบริการสุขภาพด้านอื่นๆ และ supportive service เช่น การรักษาด้วยยา การจัดการด้านการเงินได้ การ shopping และการมีที่อยู่อาศัยที่ถาวร การให้คะแนน 0 = no assistance, 1 = assistance 2. Client satisfaction มี 8-item เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Numerous Mental Health Program 3. Income เป็นการประเมินโดยการซักถาม รายได้ของผู้ป่วยในแต่ละเดือนจากแหล่งช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น รายได้จากการทำงาน การขอทาน และด้าน entitlements 4. Stable housing ประเมินจากรายงานของผู้ป่วย - ระบุว่าจำนวนวันที่ได้รับบ้านตามจริงกี่วัน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	- ดูว่าจำนวนวันที่พักอาศัยใน stable housing ไม่ แน่นอนกี่วัน - ดูจากรายงานการพักอาศัย stable housing ใน boarding home - ดูจากรายงานการพักอาศัยใน public housing หรือมี apartment เป็นของตนเอง - ดูค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการพักอาศัยใน stable housing ในแต่ละเดือน 5. Psychiatric symptoms and self- esteem ประเมิน psychiatric symptoms ใช้ BPRS มี 24-item มี 5 scale - Anxiety - Depression - Hostility - Suspicion - Thought Disorder - Withdrawal - Elevated - Mood - Unusual Activity Level ประเมินจาก hyperactivity และ odd gesture - ประเมิน self- esteem ใช้ แบบต้นของ Rosenberg scale 6. Substance abuse ประเมินโดย Addiction Severity Index มี 5 indexes ดังนี้ - จำนวนวันของการใช้ alcohol หรือ substance ใน 1 เดือนที่ผ่านมา - ให้ผู้ป่วย Rating ถึงความต้องการรักษา alcohol - ให้ผู้ป่วย Rating ถึงความต้องการรักษา substance - ผู้สัมภาษณ์ Rating ถึงความต้องการรักษา alcohol - ผู้สัมภาษณ์ Rating ถึงความต้องการรักษา substance 7. ประเมินผลลัพธ์ 3 ช่วง Baseline- 6 เดือน , 7- 12 เดือน, 13- 18 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	8. สถิติที่ใช้ ผู้วิจัยใช้ 3×3 factorial design โดยใช้ Between-subject factor of group เป็น 3 ระดับ การประเมินผลลัพธ์ทั้งหมดใช้ Covariance และ ใช้ Within subjects factor of time เป็น 3 ระดับ ช่วงเวลาการวัด 3 ช่วงเวลา ประเมินผลลัพธ์ใช้ Covariate และ เปรียบเทียบ 3 กลุ่มหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (Post hoc comparisons) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
Intervention	1. โปรแกรม assertive community treatment only (ACT) หลักการจะคล้ายกับ Other assertive community treatment program การดูแลเป็นแบบ intensive individual treatment เพื่อตอบสนองความต้องการทุกด้านของผู้ป่วย จัดหาและประสานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ มีการจัดหาที่พัก อาหาร การเข้าถึงการบริการขนส่ง มีการติดตามต่อเนื่อง และการบริการในระยะเวลาที่ไม่จำกัด ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตลอดตามความต้องการ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์ / เกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน ลักษณะเด่นคือ ทีมมีการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยและปรับรูปแบบการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดหาที่พักที่เหมาะสมและการบริการในเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ ก่อนให้การดูแลด้านอื่น รูปแบบ ACT สามารถปรับให้กว้างขวางครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีความรู้หรือประสบการณ์ในด้านจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์และ การให้การปรึกษา ทีมมีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง 1. ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการในเรื่องยา ได้รับการรักษาด้วยยา การดูแลในเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง 2. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาและฝึกผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในแต่ละวัน

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. สอนทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน 4. ช่วยผู้ป่วยในด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การหาบ้านพักให้ การหาที่อยู่ที่พักอาศัย การประสานกับหน่วยงานอื่นในการขอเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ 5. ทีมมีการจัดการบริการสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การจัดการเรื่องการเงิน การรับเงินช่วยเหลือ การเข้าถึงระบบบริการขนส่งต่างๆ 6. จำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลต่อผู้ป่วย 1: 10 7. มีข้อจำกัดของบุคลากร ไม่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ตลอดเวลาแต่จะมีแพทย์และพยาบาลทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ การบริการในเรื่องยาทั้งหมดจึงมีการเชื่อมต่อไปยังคลินิกจิตแพทย์ในชุมชนให้ช่วยดูแล 2. โปรแกรม assertive community treatment with community worker คล้ายกับ ACT แต่ในช่วงระยะสุดท้ายของการรักษาหลังจากที่ผู้ป่วยอาการสงบลงที่แล้วจะเป็นการดูแลโดยบุคลากรที่ทำงานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community worker) เข้ามาช่วยในการเตรียมความพร้อม ปรับปรุงการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนให้ผู้ป่วย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม จัดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน 3. โปรแกรม broker case management เป็นโปรแกรมที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) แสดงบทบาทในการพัฒนาเตรียมการ วางแผนบริการแต่ละด้านให้กับผู้ป่วย 1. เตรียมบริการด้านสุขภาพจิต และ ด้านจิตสังคมสำหรับผู้ใช้บริการ 2. มีการควบคุมคุณภาพของการบริการและปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย 4. ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าแต่ละโปรแกรม ผู้สัมภาษณ์จะ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยด้านการเดินทาง หรือโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยครั้งแรกในการติดต่อแต่ละโปรแกรม และทั้ง 3 โปรแกรม จะให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าจะติดต่อแต่ละโปรแกรมได้อย่างไร มีการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยในสถานที่ทำวิจัย, emergency shelter, boarding homes , โรงพยาบาลจิตเวช และ apartment ของผู้ป่วย ในผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับเงินคนละ \$5 ถึง \$10 ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการสัมภาษณ์
ผลการวิจัย	Treatment activity - พบว่าการใช้ โปรแกรม assertive community treatment only และโปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับบริการด้านต่างๆ มากกว่า โปรแกรม broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ - ผลลัพธ์ในแต่ละด้าน เมื่อเปรียบเทียบกันทั้ง 3 โปรแกรม พบว่า 1. ด้าน housing โปรแกรม assertive community treatment only และโปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการมีที่พัก (housing) มากกว่า โปรแกรม broker case management อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ 2. ด้าน financial โปรแกรม assertive community treatment only และโปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วย ด้าน financial มากกว่า โปรแกรม broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$ 3. ด้าน health services โปรแกรม assertive community treatment only และโปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วย ด้าน health services มากกว่า โปรแกรม broker case management

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ และในด้านนี้ assertive community treatment only จะช่วยเหลือมากที่สุด 4. ด้าน supportive services โปรแกรม assertive community treatment only และ โปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วยด้าน supportive services มากกว่า โปรแกรม broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ 5. Client satisfaction เมื่อเปรียบเทียบกันทั้ง 3 โปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทีมการรักษาของ assertive community treatment only และ assertive community treatment with community worker มากกว่า broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ 6. Stable housing and income เมื่อเปรียบเทียบกันทั้ง 3 โปรแกรม พบว่า การใช้ โปรแกรม assertive community treatment only ทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ใน stable housing นานที่สุด มากกว่า 2 โปรแกรมที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .032$ และในด้านของ Income ไม่พบความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกันทั้ง 3 โปรแกรม 7. Psychiatric symptoms and self-esteem การใช้โปรแกรม assertive community treatment only และ assertive community treatment with community worker ทำให้อาการทางจิตในเรื่องความผิดปกติทางด้านความคิดลดลงได้ดีกว่าโปรแกรม broker case management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .023$ และในด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ ในส่วนของ Anxiety- Depression Scale , Hostility- Suspicion Scale และ Self- Esteem Scale ไม่พบความแตกต่าง 8. Substance abuse เมื่อเปรียบเทียบกันทั้ง 3 โปรแกรม ไม่พบความแตกต่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance	- งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกที่พบว่าการช่วยเหลือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง และเป็นบุคคลไร้บ้าน หรือเสี่ยงต่อการไร้บ้านจากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิตรุนแรง ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการมีที่พัก (housing) ด้าน financial ด้าน health services ด้าน supportive services และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทีมการรักษามากกว่า ทำให้อาการทางจิตในเรื่องความผิดปกติทางด้านการคิดลดลงได้ดีกว่า และในด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .03$ - การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีความรู้หรือประสบการณ์ด้านจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์และการให้คำปรึกษา และคนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟูมีเอกสิทธิ์ในการทำการบำบัด - กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ Psychiatric Service (Journal) 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคลากรที่ทำงานใน University of Missouri-St.Louis, Community Alternative in St. Louis, Missouri Institute of Mental Health in St. Louis สหรัฐอเมริกา 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก grant MH46160 from the National Institute of Mental Health 4. คุณภาพงานวิจัย - งานวิจัยนี้มีการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและมีการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนทำการทดลอง - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญคือ เพื่อกำหนดว่ารูปแบบใดมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความ

หัวข้อ	รายละเอียด
- Scientific merit (ต่อ)	เจ็บป่วยทางจิตรุนแรง และ เป็นบุคคลไร้บ้าน หรือเสี่ยงต่อการไร้บ้าน - มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม assertive community treatment และเหตุผลในการเลือกใช้โปรแกรม - งานวิจัยระบุถึงปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัย - การออกแบบงานวิจัยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง - งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสม - ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย การอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อ้างอิงกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรทั้งหมด คัดเลือกเข้าโปรแกรมการรักษาครั้งแรก ทั้งหมด 325 คน เหลือผู้ป่วยในโปรแกรม 204 คน มี 26 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมการรักษา และ 13 คน มี dropped out ออกจากโปรแกรม ในช่วงที่แนะนำความเป็นมาของโปรแกรม เหลือผู้ป่วยในโปรแกรม 165 คนซึ่งมีขนาดใหญ่เหมาะสมในการวิจัย หลังสิ้นสุดประเมินผลเดือนที่ 18 เหลือผู้ป่วย 153 คน มีการวิเคราะห์ข้อมูลการออกจากโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องลักษณะประชากร - ผู้วิจัยได้เสนอแนะควรมีการศึกษาเกี่ยวกับ community worker ในโปรแกรม assertive community treatment ว่าควรมีจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมเท่าไร - ระบุข้อจำกัดของงานวิจัย คือ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีแพทย์และพยาบาลทำงานตลอดเวลาแต่จะทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ไม่ได้ใช้การดูแลแบบ no treatment ในกลุ่มควบคุมเนื่องจากจริยธรรมในการวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Transferability of the findings	- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เพื่อลดอาการทางจิต ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นคนไร้บ้าน ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในชุมชนได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Feasibility	- มีความเป็นไปได้ในการนำการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดของจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการทางจิตกำเริบ แต่หน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ประเมินการบำบัดแบบการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) และเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ทรัพยากรมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญและฝึกการใช้เครื่องมือ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Cost-benefit ratio	- หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัดและเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การเตรียมในด้านสถานที่และบุคคล รวมทั้งการเสียค่าใช้จ่ายในการทำบำบัดและการติดต่อเรื่องที่อยู่อาศัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบำบัดการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตที่รุนแรง ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. เป็นผู้ป่วยที่ไร้บ้านหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการไร้บ้าน ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM- III-R axis I 2. โปรแกรม assertive community treatment only (ACT) หลักการจะคล้ายกับ Other assertive community treatment program การดูแลเป็นแบบ intensive individual treatment เพื่อตอบสนองความต้องการทุกด้านของผู้ป่วย จัดหาและประสานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการ มีการจัดหาที่พัก อาหาร การเข้าถึง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	การบริการขนส่ง มีการติดตามต่อเนื่อง และการบริการในระยะเวลาที่ไม่จำกัด ผู้ป่วยสามารถอยู่ในโปรแกรมได้ตลอดตามความต้องการ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่สัมพันธ์ / เกี่ยวข้องกับการไร้บ้าน ลักษณะเด่นคือ ทีมมีการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยและปรับรูปแบบการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดหาที่พักที่เหมาะสมและการบริการในเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ ก่อนให้การดูแลด้านอื่น รูปแบบ ACT สามารถปรับให้กว้างขวางครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ทีม ACT ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 5-7 คน มีความรู้หรือประสบการณ์ในด้านจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์และ การให้การปรึกษา ทีมมีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่อง 1. ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการในเรื่องยา ได้รับการรักษาด้วยยา การดูแลในเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง 2. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาและฝึกผู้ป่วยในการแก้ปัญหาในแต่ละวัน 3. สอนทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน 4. ช่วยผู้ป่วยในด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การหาบ้านพักให้ การหาที่อยู่ที่ปลอดภัย การประสานกับหน่วยงานอื่นในการขอเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ 5. ทีมมีการจัดหาการบริการสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การจัดการเรื่องการเงิน การรับเงินช่วยเหลือ การเข้าถึงระบบบริการขนส่งต่างๆ 6. จำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลต่อผู้ป่วย 1: 10 7. มีข้อจำกัดของบุคลากรไม่มีแพทย์และพยาบาลอยู่ตลอดเวลาแต่จะมีแพทย์และพยาบาลทำงาน 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ การบริการในเรื่องยาทั้งหมดจึงมีการเชื่อมต่อไปยังคลินิกจิตแพทย์ในชุมชนให้ช่วยดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	3. โปรแกรม assertive community treatment with community worker คล้ายกับ ACT แต่ในช่วงระยะสุดท้ายของการรักษา หลังจากที่ผู้ป่วยอาการสงบลงที่แล้วจะเป็นการดูแลโดยบุคลากรที่ทำงานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน (community worker) เข้ามาช่วยในการเตรียมความพร้อม ปรับการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนให้ผู้ป่วย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม จัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน - ผลการศึกษา โปรแกรม assertive community treatment only และ โปรแกรม assertive community treatment with community worker จะช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านการมีที่พัก (housing) ด้าน financial ด้าน health services ด้าน supportive services และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทีมการรักษาของ assertive community treatment only และ assertive community treatment with community worker มากกว่า ทำให้อาการทางจิตในเรื่องความผิดปกติทางด้านความคิดลดลงได้ดีกว่า และในด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติก็ลดลง

เรื่องที่ 6 ชื่อผู้วิจัย

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelhof, B., Smith, R.

ชื่องานวิจัย

Experimental Comparison of the Effects of three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People.

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Hospital and Community Psychiatry, 43(10), 1005-1010. (1992).

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต 3 โปรแกรมในชุมชน
ทุน	ได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจาก grants MH-42357 and MH-43248 from the National Institute of Mental the National Institute of Mental Health.
สมมุติฐานงานวิจัย	เพื่อทดสอบสมมุติฐาน 2 ข้อคือ 1. ผู้ป่วยที่เข้าทั้ง 3 โปรแกรมผลลัพธ์การดูแลน่าจะดีขึ้น 2. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนน่าจะให้ผลลัพธ์การดูแลดีกว่าการดูแลแบบ the drop-in day program และ the traditional outpatient mental health clinic
ระเบียบวิธีวิจัย	ศึกษาตั้งแต่ 1988-1989 มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าทั้ง 3 โปรแกรมคือ 1. N=52 the continuous treatment team condition 2. N= 62 the drop-in center condition 3. N= 64 the outpatient treatment condition - มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเรื่องการไร้บ้าน รายได้ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเป็นพื้นฐานและมีการติดตามประเมินผล 12 เดือนหลังเข้าโปรแกรม จ่ายเงินค่าสัมภาษณ์ระหว่าง \$5 และ \$10 ให้ผู้ป่วยแต่ละคน สัมภาษณ์โดยนักศึกษาปริญญาโท จิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ - ใช้รูปแบบ A 3×2 Factorial design ในการวิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมการบำบัด มีการประเมินก่อนเข้ากลุ่มและหลังเข้ากลุ่ม 12 เดือน
ระดับงานวิจัย	Randomized experiment แบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการสุ่มเข้ากลุ่ม; Level II

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting งานวิจัย	รัฐ St. Louis สหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นคนไร้บ้านจำนวน 238 คน คัดเลือกโดย staff คัดเลือกผู้ป่วยจาก shelter เหลือคนไร้บ้านที่เข้าเกณฑ์และคัดเลือกเข้าโปรแกรม 178 คน โดยการสุ่มเข้าโปรแกรม - The continuous treatment team condition 52 คน - The drop-in center condition 62 คน - The outpatient treatment condition 64 คน Inclusion Criteria 1. Serious psychiatric disorder 2. มีประวัติเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 3. มีค่าคะแนน 90% ของ Global Severity Index and above the 90th percentile on the psychoticism มีความคิดหวาดระแวง มีภาวะซึมเศร้า subscales of the Brief Symptom Inventory 4. ปัจจุบันเป็นคนไร้บ้าน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของ St. Louis Exclusion Criteria 1. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลุ่มประชากร - 58% เป็นผู้ชาย, 52.2% เป็น African American, อายุเฉลี่ย 33.7 ปี ระยะเวลาการเป็นคนไร้บ้าน 16.6 เดือน, 71.9 % เคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย DSM-III-R psychiatric diagnoses ตามเกณฑ์ที่กำหนด 155 คน 87 คน ประเมินโดย The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), Sufficient chart information existed to assign diagnoses to 68 additional persons. 30.1 % ได้รับการวินิจฉัย axis I schizophrenic disorder, 20.9% major depression, 8.5 % bipolar disorder, 4.6 % psychotic disorders, 11.8 % alcohol abuse, 3.9

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	ร่วมสูง 23% คือได้รับการวินิจฉัยจาก axis I disorder และ substance abuse disorder - คนไร้บ้านคือ คนที่อาศัยหลับนอนใน shelter สวนสาธารณะ ป้ายรถโดยสารประจำทาง หรือในที่สาธารณะ
เครื่องมือในการประเมิน ผลลัพธ์	1. ประเมินโรคทางจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) 2. ประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Global Severity Index (GSI) 3. ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) 4. ประเมินความมีคุณค่าในตนเองโดยใช้แบบประเมิน Rosenberg self-esteem scale 5. ประเมิน interpersonal adjustment โดยใช้แบบประเมิน The Personality and Social Network Adjustment Scale 6. ประเมิน Alcohol abuse โดยการประเมินปริมาณความถี่ในการใช้ alcohol จากเครื่องมือที่พัฒนาโดย National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 7. มีการประเมินเครื่องมือหาค่าความเชื่อถือ (reliability) และหาค่าความเข้มแข็ง (validity) จากคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจำนวน 22 คน ได้ค่าความเชื่อถือ .80 - .99
Intervention	1. The continuous treatment team condition เป็นรูปแบบการดูแลที่มาจากโปรแกรมการดูแลคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตในชุมชน คือ assertive community treatment programs associated with the Training in Community Living program (PACT) ของ Stein & Test (1985) รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1. ไม่มีการปฏิเสธผู้ป่วย 2. ไม่มีการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สามารถยืดหยุ่นได้

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการดูแลพื้นฐานที่ควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า 4. เน้นความสำคัญคือการสนับสนุนผู้ป่วย การค้นหาองค์กรที่จะสนับสนุนหรือค้นหาสาเหตุที่ทำให้คนไร้บ้านเข้าไม่ถึงระบบการดูแล 5. การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบเข้มข้น case managers ต่อผู้ป่วย 1: 10 โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงบุคคล การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อที่จะลดช่องว่างระหว่างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและความต้องการของผู้ป่วย 6. ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหา 7. ประสานผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้านจิตเวช 8. สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชนและทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (teaching community living skills and interpersonal skills) 9. จัดหารูปแบบการดูแลแบบ crisis intervention 10. จัดหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากองค์กร เช่น สวัสดิการ บ้านพัก การดูแลด้านสุขภาพ จัดหาบ้านเช่าหรือ Shelter 11. ให้การสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย เช่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการขนส่ง การจัดการเรื่องยา (medication management) การจัดการเรื่องการเงิน (money management) การรับเงินช่วยเหลือ (payee services) และต่อเนื่องไปจนถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ (ongoing assistance in keeping apartments) 2. The drop-in center condition เป็นรูปแบบการดูแลในเวลากลางวัน มี 2 แห่งที่จัดสำหรับคนไร้บ้านใน St. Louis แห่งแรกจัดสำหรับเฉพาะผู้หญิงเท่านั้น แห่งที่ 2 จัดสำหรับทั้งผู้หญิงและผู้ชายแต่ส่วนใหญ่คนที่ใช้บริการเป็นผู้ชาย ช่วยคนไร้บ้านใช้เวลากลางวันในศูนย์ช่วงที่ emergency shelter ปิด

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1. ให้บริการในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ห้างอาบน้ำ การพักผ่อนหย่อนใจ 2. นักสังคมสงเคราะห์ให้บริการส่งผู้ป่วยไปยังแหล่งช่วยเหลือทางสังคม 3. อัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย 1: 40 3. The outpatient treatment condition เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโดยการจัดหาคลินิกสุขภาพจิต โดย Missouri Department of Mental Health รูปแบบการดูแลประกอบด้วย 1. Psychotherapy 2. Psychiatric medication 3. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทางสังคม
ผลการวิจัย	การลดลงของขนาดจำนวนประชากร - ได้มีการใช้วิธีการหลากหลายในการจัดการกับการลดลงของขนาดจำนวนประชากร 76 คน จากทั้งหมด 178 คน ในทั้ง 3 โปรแกรมหลังมีการติดตามผล 12 เดือน การลดลงของขนาดจำนวนประชากรในกลุ่ม the continuous treatment team condition (29%), the drop in program (52%), the outpatient program (45%) ($\chi^2 = 6.27, df=2, p < .04$) ประชากรในกลุ่ม the continuous treatment team condition มีการลดลงน้อยกว่าทั้ง 2 โปรแกรม - การจัดการกับการลดลงของจำนวนประชากรโดยการสุ่มแบบ 2×3 ANOVAs เป็นเครื่องมือพื้นฐาน - ด้านคุณภาพของงานวิจัยการลดลงของขนาดจำนวนประชากรเป็นที่ยอมรับได้ กลุ่มประชากรที่ศึกษากับกลุ่มประชากรที่ออกจากการศึกษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของข้อมูลพื้นฐาน - เรื่องของระยะเวลาพบว่า การศึกษาทั้ง 3 โปรแกรมหลังมีการติดตามผล 12 เดือนพบว่า มีการดีขึ้นของค่าคะแนน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ในเรื่องจำนวนวันของการเป็นคนไร้บ้าน ($P=.001$) รายได้เพิ่มขึ้น ($P=.001$) อาการทางจิตลดลง ($P=.001$) interpersonal Adjustment เพิ่มขึ้น ($P=.019$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ($P=.002$) มี 1 ตัวแปรที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคือ การใช้สุรา ผลของการวิจัย - ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team condition จะมีการพบปะกับทีมบ่อยกว่าโปรแกรมอื่น ($F=7.51$, $df=2,78$, $p < .001$) และมีความพึงพอใจมากกว่า ($F=12.86$, $df=2,87$, $p < .001$) หลังมีการเปรียบเทียบโดยใช้ the Newman-Keuls เป็นเครื่องมือในการบ่งชี้ความแตกต่างของ the continuous treatment team program และอีก 2 โปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team program หลังเข้าโปรแกรม 12 เดือน สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้มากกว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the outpatient program และ the drop-in program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.23$, $df=2,97$, $p < .01$) - การอธิบายในเรื่องผลของการรักษากับตัวแปรของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากข้อมูลพื้นฐานในช่วง 6 เดือน 12 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 6 เดือน ($Wilk's\ lambda=.43$, $p < .001$) - ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team program ผู้ป่วยได้รับการบริการจากหน่วยบริการมากกว่าทั้งสองโปรแกรม โดยเฉพาะในเรื่อง gardening housing การใช้สิทธิ (entitlements) ความต้องการการปรึกษา (counseling as needed) การรักษาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน (inpatient drug abuse treatment) การรักษาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (other mental health treatment) การฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	(life skills training) ทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือ (practical support) - The drop-in program จะมีการบริการในด้านของการมีงานทำมากกว่า แต่จะน้อยในด้านของการบำบัดทางจิตเมื่อเทียบกับทั้ง 2 โปรแกรม - ในระยะเวลา 12 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 3 โปรแกรม (Wilk's lambcla = 2.32, $p < .001$) - ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team program ได้รับการในด้าน การฝึกทักษะการดำเนินชีวิต การบริการปรึกษา การรักษาทางด้านจิตเวช การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ มากกว่าทั้งสองโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้า the drop-in program ส่วนมากจะได้รับการรักษาสารเสพติดแบบผู้ป่วยในมากกว่าทั้ง 2 โปรแกรม
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance	- งานวิจัยสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีอาการทางจิต มีประวัติเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ผลจากการใช้การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ในผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีอาการทางจิต มีประวัติเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สามารถลดอาการทางจิต ผู้ป่วยจะมีการพบปะกับทีมบ่อยกว่าโปรแกรมอื่น มีความพึงพอใจ สามารถลดการเป็นคนไร้บ้านได้ และได้รับการบริการจากหน่วยบริการมากกว่า โดยเฉพาะในเรื่อง guarding housing การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ความต้องการการปรึกษา (counseling as needed) การรักษาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน (inpatient drug abuse treatment) การรักษาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (other mental health treatment) การฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (life skills training) ทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือ (practical support)

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก - Clinical relevance	- การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบเข้มข้น case managers ต่อผู้ป่วย 1: 10 คนที่ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟูมีเอกสิทธิ์ในการบำบัด - กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงในทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ - Scientific merit	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ Hospital and Community Psychiatry (Journal) 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นนักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถาบัน St. Louis Mental Health Center, the University of Missouri-St. Louis สหรัฐอเมริกา 3. ได้รับทุนสนับสนุนจาก grants MH-42357 and MH-43248 from the National Institute of Mental the National Institute of Mental Health 4. คุณภาพงานวิจัย - งานวิจัยนี้มีการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและมีการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนทำการทดลอง - ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นตัวแปรที่สำคัญคือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการดูแลคนไร้บ้านที่มีความเจ็บป่วยทางจิต 3 โปรแกรมในชุมชน - งานวิจัยระบุถึงปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัยและมีการระบุวัตถุประสงค์ในการทดสอบสมมุติฐานอย่างชัดเจน - การออกแบบงานวิจัยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าทั้ง 3 โปรแกรม มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างลดลง 76 คน หลังประเมินทั้ง 3 โปรแกรม การจัดการกับการลดลงของจำนวนประชากรโดยการสุ่มแบบ 2×3 ANOVAs เป็นเครื่องมือพื้นฐาน ด้านคุณภาพของงานวิจัยการลดลงของขนาดจำนวนประชากรเป็นที่ยอมรับได้ และ

หัวข้อ	รายละเอียด
- Scientific merit (ต่อ)	ประชากรที่ลดลงพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม assertive community treatment มีการลดลงของประชากรน้อยกว่าทั้งสองโปรแกรม - งานวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย - การอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อ้างอิงกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรทั้งหมด แต่บอกจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์และนำมาคิดผลจากประชากรทั้งหมดเป็นครัวเรือนจำนวน 238 ครัวเรือน เลือกเหลือครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์เข้าโปรแกรม 178 ครัวเรือน ซึ่งมีขนาดเหมาะสมในการวิจัย - มีการประเมินเครื่องมือหาค่าความเชื่อถือ (reliability) และหาค่าความเข้มแข็ง (validity) จากครัวเรือนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจำนวน 22 ครัวเรือน ได้ค่าความเชื่อถือ .80 - .99 - ผู้วิจัยได้ระบุข้อจำกัดของงานวิจัยคือ ไม่ได้ควบคุมในเรื่องของโปรแกรมในกลุ่มควบคุม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Transferability of the findings	- พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาปรับดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) เพื่อลดอาการทางจิต ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นครัวเรือน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชครัวเรือนในชุมชนได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Feasibility	- มีความเป็นไปได้ในการนำผลการศึกษามาปรับดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชครัวเรือน มาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการบำบัดของจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการทางจิตกำเริบ แต่หน่วยงานต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ประเมินผลการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) และเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ควรมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชครัวเรือน และการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญและฝึกการใช้เครื่องมือ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ - Cost-benefit ratio	- หน่วยงานต้องมีต้นทุนในด้านอุปกรณ์ในการบำบัดและเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ การเตรียมในด้านสถานที่และบุคคล รวมทั้งการเสียค่าใช้จ่ายในการทำการบำบัดและการติดต่อเรื่องที่อยู่อาศัยให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบำบัดการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตที่รุนแรง ลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. ประชากรเป็นคนไร้บ้านที่มี serious psychiatric disorder มีประวัติเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 2. รูปแบบการดูแล the continuous treatment team condition ประกอบด้วย 1. ไม่มีการปฏิเสธผู้ป่วย 2. ไม่มีการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สามารถยืดหยุ่นได้ 3. ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการดูแลพื้นฐานที่ควรได้รับ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า 4. เน้นความสำคัญคือการสนับสนุนผู้ป่วย การค้นหาองค์กรที่จะสนับสนุนหรือค้นหาสาเหตุที่ทำให้คนไร้บ้านเข้าไม่ถึงระบบการดูแล 5. การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบเข้มข้น case managers ต่อผู้ป่วย 1: 10 โดย เน้น การเปลี่ยนแปลงบุคคล การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อที่จะลดช่องว่างระหว่างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและความต้องการของผู้ป่วย 6. ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหา 7. ประสานผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาด้านจิตเวช 8. สอนผู้ป่วยเรื่องทักษะการอาศัยอยู่ในชุมชนและทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (teaching community living skills and interpersonal skills)

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	9. จัดหารูปแบบการดูแลแบบ crisis intervention 10. จัดหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากองค์กร เช่น สวัสดิการ บ้านพัก การดูแลด้านสุขภาพ จัดหาบ้านเช่าหรือ Shelter 11. ให้การสนับสนุนทางบวกกับผู้ป่วย เช่น สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการขนส่ง การจัดการเรื่องยา (medication management) การจัดการเรื่องการเงิน (money management) การรับเงินช่วยเหลือ (payee services) และต่อเนื่องไปจนถึงการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในอพาร์ทเมนต์ - เรื่องของระยะเวลาพบว่า การศึกษาทั้ง 3 โปรแกรม หลังมีการติดตามผล 12 เดือน มีการดีขึ้นของค่าคะแนนในเรื่อง จำนวนวันของการเป็นคนไร้บ้าน รายได้ อาการทางจิต interpersonal adjustment และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง - ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม the continuous treatment team condition จะมีการพบปะกับทีมบ่อยกว่าโปรแกรมอื่น มีความพึงพอใจ สามารถลดการเป็นคนไร้บ้าน และได้รับการบริการจากหน่วยบริการมากกว่าในทั้งสองโปรแกรม โดยเฉพาะในเรื่อง gardening housing การดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย (entitlements) ความต้องการการปรึกษา (counseling as needed) การรักษาการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยใน (inpatient drug abuse treatment) การรักษาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (other mental health treatment) การฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (life skills training) ทักษะการสนับสนุนช่วยเหลือ (practical support)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางกฤษฎา อ่ำคา
วัน/เดือน/ปีเกิด	1 สิงหาคม 2514 อายุ 38 ปี
สถานที่เกิด	จังหวัดกำแพงเพชร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม, 2537 จังหวัดสุโขทัย ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและผดุงครรภ์ชั้นสูง โรงพยาบาลสวนปรุง, 2542 จังหวัดเชียงใหม่ ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 39/9 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 02-8826776
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170 โทรศัพท์ 02-8899066-67 ต่อ 1407-1408 มือถือ 081- 8694171 E-Mail address: kaumka@gmail.com