

รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กิตติยศ ทันตัก

นายชาติชาย ทันตัก
ผู้ศึกษา

ประภา ยุทธไตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

วิมล วัฒนไพสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมล วัฒนไพสิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

พรจ มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ พรจ มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
ของผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2552

ทิติศ นันตีก

นายชาติชาย ทนศึก
ผู้ศึกษา

ประภา ยุทธไธสง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไธสง,
พย.ค.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

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

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อดิรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

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

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไศร อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน ซึ่งได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษาซึ่งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์ และแพทย์หญิงรัชนิกร เอี่ยมพ่อง กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย ที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาเป็นกำลังใจแก่ผู้ศึกษาในทุกๆ ด้านมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอจนทำให้สารนิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาจะนำไปพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดจากการศึกษาครั้งนี้ต่อไป

ชาดิชาย ทันตีก

รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION
RATES IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS: EVIDENCE – BASED NURSING

ชาติชาย ทันศึก 5036768 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท จากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนศึกษาดังนี้คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษาจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย systematic review 1 เรื่อง randomized controlled trial 1 เรื่อง one group pretest- post test 2 เรื่อง cohort study design 1 เรื่องและ correlational study 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อเสนอแนะรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน ดังนี้คือ 1) รูปแบบของการทำงานเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ 2) ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบในการบำบัดดูแลหลัก 1 คน 3) สัดส่วนของผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย ประมาณ 1:10 ไม่เกิน 1:20 4) การบำบัดดูแลครอบคลุมกิจกรรมหลัก 6 ด้าน ดังนี้คือ 4.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลและสนับสนุนที่เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย 4.2 การบริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย 4.3 การส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและการดำเนินชีวิตในชุมชน 4.4 ฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำบทบาทหน้าที่และดำเนินชีวิตในชุมชน 4.5 สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน เข้าใจ ขอมรับ มีความรู้และทักษะในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 4.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพาทีมผู้รักษา และเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชน โดยไม่มีอาการกำเริบซ้ำอย่างน้อย 1 ปีจึงจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมได้ รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเหมาะสมและสามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำของสถาบันฯ ได้ เนื่องจากมีกระบวนการบำบัดที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนไปใช้ในการปฏิบัติงาน ควรมีการกำหนดนโยบาย ที่ชัดเจน เกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยที่สมควรได้รับการบำบัดดูแล มีการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากร เนื่องจากการบำบัดรูปแบบนี้ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการบำบัดสูง แต่ก็คุ้มค่ากับการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / การบำบัดเชิงรุกในชุมชน / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION RATES IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS: EVIDENCE – BASED NURSING**CHARTCHAI THANSUK 5036768 NSMH/M****M.N.S (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D. (CURRICULUM RESEARCH AND
DEVELOPMENT)****ABSTRACT**

This thematic paper aims to study the model of assertive community treatment (ACT) for reducing rehospitalization of schizophrenia patients based on research evidence. The process of study was to search for evidence relevant to clinical problems from electronic databases and manual searching of other research papers. Six research studies were found; 1 systematic review, 1 randomized controlled trial, 2 one group pretest-post tests, 1 cohort, and 1 correlation study were analyzed and synthesized. The study recommendations from this assertive community treatment model are 1) using multidisciplinary team work 2) making the case manager responsible for individual treatment 3) having a case manager to patient ratio of 1:10, and not over 1:20 4) using 6 principles of comprehensive treatment: promotion of access to support and rehabilitation systems; responding to individual basic needs and problems; enhancing individual treatment of patients and community living; rehabilitation of patients' roles in community living functions; supporting the family and social understanding, acceptance, knowledge, and skills used in taking care of patients and enhancing their quality of life; promotion of independent living, and decrease of psychiatric staff support. When patients are able to adjust themselves to living in the community without relapse for at least 12 months, they will be discharged from the program. The model of assertive community treatment is appropriate and capable of being developed as a part of the process of psychiatric patient care that requires rehospitalization in Galya Rajanagarindra Institute and can improve the outcomes related to patients' problems and needs.

For ACT program implementation, it is recommended that obvious policy related characteristics of patients who are accepted for treatment should be clearly stated. Adequate resources are essential because this type of treatment requires a great deal of resources and takes a long time. Nevertheless, it is worth conducting since the patients are able to adjust themselves to community living and it enhances their quality of life.

**KEY WORDS : SCHIZOPHRENIA / ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT /
EVIDENCE – BASED NURSING****111 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	17
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	18
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	18
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	19
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	20
2.3 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	22
บทที่ 3 ผลการดำเนินการสืบค้น	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	23
3.2 การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.3 ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	44
3.4 สรุปข้อแนะนำ	45
บทที่ 4 สรุปการศึกษา และข้อเสนอแนะ	
4.1 สรุปผลการศึกษา	50
4.2 ข้อเสนอแนะ	51
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	53
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	64
รายการอ้างอิง	75
ภาคผนวก	80
ประวัติผู้ศึกษา	111

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ตารางแสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	26
2. ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์	28
3. ตารางผลการวิเคราะห์งานวิจัย	81



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง จากการศึกษานานาชาติพบความชุกของโรคจิตเภทร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 2000) สำหรับประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 1 เช่นกัน และพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุด (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2550) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาจำนวน 1,259 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 580 คนคิดเป็นร้อยละ 44.21 (รายงานประจำปีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2551)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม DSM-IV- TR (American Psychiatric Association, 2000) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่า เป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ ซึ่งมีลักษณะจำเพาะ ดังนี้คือ 1) หลงผิด 2) ประสาทหลอน 3) ลักษณะการพูดไม่เป็นแบบแผน 4) มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวอย่างเห็นได้ชัด 5) มีอาการทางด้านลบ (negative symptom) เช่น อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด หรือขาดความกระตือรือร้น โดยมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยสองข้อขึ้นไป แต่ละอาการคงอยู่ยาวนานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน กิจกรรมสำคัญด้านต่างๆของผู้ป่วยจะบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง จากการศึกษาของมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2550) ติดตามศึกษาผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี ภายหลังจากการป่วยครั้งแรกพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่ป่วยเพียงครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเรื้อรังได้สูง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากการรักษาที่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวมดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย จากการมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ จากการศึกษาของ Sadock & Sadock (2000) พบว่าผู้ป่วยจะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม และบกพร่องในการรับประทานยาตามแผนการรักษา จากการศึกษาของศรีสกุล แจ้คำ (2549) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มักใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ยาบ้า เพื่อลดความเครียด และใช้เป็นสื่อในการเข้าสังคมรวมถึงเพื่อเพิ่มความสุขในชีวิต ผลของการใช้สารเสพติดทำให้มีอาการกำเริบและมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกเป็นดราม่า การถูกสังคมปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากสังคม ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยกล้ามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆที่มีความจำเป็นได้ คุณภาพชีวิตลดลง (เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, 2548)

2. ผลกระทบด้านครอบครัว จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, สมจิต แคนสีแก้ว, ปราณีพร บุญเรือง,และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2548) พบว่าผู้ป่วยทางจิตเวชจะแตกต่างจากผู้ป่วยโรคทางกายทั่วๆ ไป ในด้านอาการทางจิตที่จะเป็นๆหายๆไม่แน่นอน บางวันผู้ป่วยก็อาการดี แต่บางวันก็มีอารมณ์ร้ายหงุดหงิด ทำให้ครอบครัวอยู่ด้วยความหวาดวิตกกังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลกระทบต่อครอบครัวที่เด่นชัดอีกด้านหนึ่งคือ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ แต่ด้วยความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานได้แต่แทนที่จะนำเงินมาช่วยเหลือครอบครัวกลับนำเงินไปซื้อสุราดื่มจนมาไปทำงานไม่ได้เช่นเดิม และเมื่อเจ็บป่วยหนักจนร่างกายทรุดโทรม หรือมีอาการทางจิตรุนแรง ครอบครัวต้องพาไปรักษา ทำให้ครอบครัวต้องนำเงินที่อดออมเพื่อครอบครัวทั้งระบบ ไปใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา และ

พบว่าอาการกลับเป็นซ้ำทางจิตที่พบบ่อยคือ พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความรำคาญหรืออันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หวาดกลัว จากการศึกษาของ กาญจนา สุดใจ (2549) พบว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติรู้สึกเป็นภาระเกิดความตึงเครียดและยังทำให้เกิดการแสดงอารมณ์ต่อกันสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery (1985) อ้างใน ศรีสกุล แจ้คำ (2548) พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยใน 2 ลักษณะ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดน้อยลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานภาวะด้านการเงินเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เช่น รู้สึกยากลำบากในการดูแล ถูกกดดัน มีความทุกข์ที่ต้องรับภาระหนัก ซึ่งผลกระทบจากการเป็นภาระในการดูแล ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวลดลง

3. ผลกระทบด้านชุมชนและสังคม จากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นเป็นระยะๆ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไปจนถึงการก่อคดีต่างๆ ซึ่งเป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม การศึกษาของจินดา โสมนัสและคณะ (2534) อ้างในกัลลิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ โดยร้อยละ 40.8 ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ไม่ยอมรับในการเจ็บป่วยและก่อคดีต่างๆจนเป็นที่หวาดกลัวต่อชุมชน เพื่อนบ้านไม่กล้าพูดคุยด้วย

4. ผลกระทบต่อประเทศชาติ เนื่องจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง และเมื่อเป็นโรคนี้อแล้ว มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) และยังมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่ก่อคดีต่างๆ ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นเนื่องจากญาติและชุมชนไม่ยอมรับ ซึ่งส่งผลให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นนอกจากนี้รัฐบาลยังต้องขาดรายได้จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกได้ 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะมีปัญหาในเรื่องการไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยบางรายมีการลดยาหรือเพิ่มยารับประทานด้วยตนเอง

เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้ บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้นแล้วก็ไม่ต้องรับประทานยาต่อ หรือเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง อับอายที่ต้องรับประทานยารักษาโรคจิต มีภาวะเครียดเรื้อรังจากอาการเจ็บป่วยทางจิต และบางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยเช่น ดื่มสุรา ยาบ้า สูบบุหรี่ ตลอดจนการไม่มาตรวจตามแพทย์นัด (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545; สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2542; สุรัตน์ จรบุรุษย์, 2549)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัว พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทหรือการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ขาดการยอมรับในตัวผู้ป่วย และ ญาติของผู้ป่วยจิตเภทบางคนมองว่าผู้ป่วยก็เกียจ เอาแต่นอน ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแล ทำให้ญาติละเลยในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็น ไม่สามารถหาวิธีการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา หรือเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ตลอดจนขาดการให้กำลังใจผู้ป่วย ญาติบางรายมีการตอบสนองทางอารมณ์สูงเช่นแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวต่อผู้ป่วยบ่อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและอาการกำเริบซ้ำได้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ประสบกับปัญหาการรังเกียจจากคนทั่วไป ซึ่งมักจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพบปะพูดคุยด้วย บางครั้งแสดงท่าทีรังเกียจออกมาให้ผู้ป่วยเห็น มีการล้อเลียน มองผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ ไม่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยขาดอิสรภาพ ในการกระทำการต่างๆด้วยตนเอง ไม่มีสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไป สัมพันธภาพทางสังคมลดลง ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ ถูกฉิน บางรายต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวถูกกีดกันการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน ประสบกับปัญหาด้านที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐานทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการป่วยซ้ำ (กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547)

4. ระบบบริการด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ยาก และไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้น โดยส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับชุมชนทั้งๆที่อาการทางจิตต่างๆยังคงหลงเหลืออยู่ และจากการขาดการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ ภัทธา ธิรลาภ และ วรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2546) ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขเขต 4 พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีอนามัย ไม่ได้ทำการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวช และจากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2548) พบว่าบุคลากรในระดับสถานีอนามัยยังไม่มี ความมั่นใจในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ประกอบกับบุคลากรเห็นว่า งานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังไม่ใช่นโยบายหลักของหน่วยงาน บุคลากรมีภาระหน้าที่อื่นๆ ทำให้ระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ยังไม่ได้รับการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน บุคลากรในพื้นที่ยังเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนได้ไม่ทั่วถึง จึงพบว่าผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในระยะเวลาอันสั้น (กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นสถานพยาบาล ที่มีหน้าที่หลักในด้านการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับกฎหมาย รวมทั้งให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวช โรคระบบประสาท การติดยา และสารเสพติด แก่ประชาชนทั่วไป จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ของผู้ศึกษาพบว่าสถาบันฯ มีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเช่นกัน กล่าวคือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 90 วันในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 105 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่าย 1,325 ราย (กองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552) ซึ่งปัญหาที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในสถาบันภายในเวลาอันสั้นนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจำนวน 10 ราย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำเร็ว เนื่องจากการไม่รับประทานยาเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นการใช้สารเสพติด หรือดื่มสุรา รับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ มีความเครียดในชีวิต เช่น ไม่มีงานทำ ถูกให้ออกจากงาน ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านครอบครัว ตามลำดับ และพบว่าญาติรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลการจดยาให้รับประทาน ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ข่มขู่ เป็นอันตรายต่อคนรอบข้างและต่อตัวผู้ป่วยเอง ส่งผลให้ญาติต้องพาผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมานักวิชาการได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด โดยทีมจิตเวชชุมชนได้พยายามปรับแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ว่ามีวิธีการใดบ้างที่สามารถลดจำนวนบุคลากรในการเยี่ยมบ้านลง แต่คุณภาพของบริการยังคงมีคุณภาพ สามารถลดอาการกำเริบและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆได้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่าการศึกษาของ Pratt, Gill, Barrett & Roberts (2007) ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่มีประสิทธิภาพพบว่ามี 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) 2) รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) 3) รูปแบบการบำบัดแบบมีตัวแทน (broker case

management) 4) รูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths model) 5) รูปแบบการฟื้นฟูสภาพ rehabilitation model ซึ่งแต่ละรูปแบบมีวิธีการปฏิบัติงานดังนี้

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management: ICM)

เป็นรูปแบบการดูแลเชิงรุกที่เข้าไปดูแลในชุมชนและเป็นระบบการให้บริการผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการคาดหมายระยะเวลาของการอยู่รักษา บอกผลลัพธ์ เป้าหมาย และทิศทางของการดูแล และประเภทของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง มีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพ และประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับบริการ ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างจริงจัง (assertive outreach) จำนวนผู้ดูแลต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนที่ต่ำประมาณ 1:10 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เน้นความสำคัญเรื่องการบำบัดรักษาด้วยยา เพื่อลดหรือควบคุมอาการทางจิต ฝึกทักษะ (skills training) การดำรงชีวิตในชุมชน มีการพบปะผู้ป่วยในชุมชน ผสมผสานการบริการต่างๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (Pratt et al., 2007) จากการศึกษาของ (Meyer & Morrissey, 2007) ในการเปรียบเทียบการให้บริการแบบผู้จัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) และการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการแบบ ICM อัตราจำนวนครั้งของการ admitted และจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการแบบ CM แต่อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการบำบัดดังกล่าวจะมีข้อจำกัด กล่าวคือถ้าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่มีแหล่งสนับสนุนการบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เพียงพอ การดูแลก็จะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

2. รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) เป็น

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบของการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เน้นการบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง หรือมีปัญหาที่ยุ่ยาก ซับซ้อน บกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน รูปแบบในการบริการจะให้การบำบัดรักษา การฟื้นฟู สนับสนุน ประคับประคองและหาแหล่งสนับสนุนเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย มีการประเมิน วางแผนในการบำบัดรักษาแบบเฉพาะรายโดยผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การบำบัดดูแลได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย เน้นการให้บริการในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง การจัดการกับอาการทางจิต ในการบำบัดดูแลจะมีการแบ่งความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วย (shared caseloads) จำนวนผู้ดูแลหรือผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนที่ต่ำประมาณ 1:10 - 1:20 ไม่จำกัดเวลาในการให้บริการ (time-unlimited services) จะให้บริการจนกว่าผู้ป่วยจะ

สามารถพึ่งตนเองหรือดูแลตนเองได้ เป็นการให้บริการเป็นแบบเข้มข้นใกล้ชิด ให้การบริการเฉพาะราย ปรับตามสภาพบริบทของผู้ป่วย ให้บริการทุกด้านแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนให้ผลลัพธ์ของการบำบัดที่ดีในเรื่องต่อไปนี้คือ 1) ลดอาการทางจิต 2) ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) เพิ่มระยะเวลาการอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต 5) ลดการเป็นคนไร้บ้าน 6) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (Pratt et al., 2007)

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์หลายงานพบว่ารูปแบบการบำบัดระหว่าง ICM และ ACT มีลักษณะการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นรูปแบบการให้บริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวนผู้ดูแลหรือผู้จัดการรายกรณีต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนที่ต่ำ ประมาณ 1:10 - 1:20 การบริการแก่ผู้ป่วยที่สำคัญมี 3 ประการคือ การบำบัดรักษาด้วยยาและบำบัดทางจิตสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกๆด้านทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิต บทบาทหน้าที่ในครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทั้งของรัฐ และองค์กรต่างๆเพื่อใช้ในการสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยเหมือนกัน ในบางการศึกษาจึงใช้คำว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) ในความหมายเดียวกับรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) แต่ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดความหมายของรูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) และรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) ตามแนวคิดของ Pratt, et al. (2007) ซึ่งให้ความหมายของการบำบัดแบบ ICM ต่างจาก ACM จากการที่การบำบัดสองรูปแบบมีจุดเน้นที่ต่างกันในเรื่องการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย โดยที่รูปแบบการบำบัดดูแลแบบ ACT เน้นการแบ่งความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (shared caseloads) แต่ทีมจะมีการปรึกษาหารือในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการบำบัดดูแลและการประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน ในขณะที่รูปแบบของ ICM จะเป็นลักษณะของผู้จัดการรายกรณี 1 คน ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทุกๆ ด้านตั้งแต่ประเมินปัญหาจนถึงวัดผลลัพธ์ด้วยตนเองทั้งหมด และถ้าการบำบัดดูแลเกินขีดความสามารถก็จะส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ดูแลต่อไป

3. รูปแบบการบำบัดแบบมีตัวแทน (broker case management) บางครั้งเรียกว่ารูปแบบทั่วไป (generalist model) ขึ้นอยู่กับลักษณะการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานหรือการให้บริการของทีมในชุมชนโดยส่วนใหญ่บริการที่ให้กับผู้รับบริการ รูปแบบเดิมของ CM อัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยประมาณ 1:50 ขึ้นไป การบริการจะเริ่มตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การเชื่อมต่อหรือประสานงานให้ผู้ผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งบริการ ต่างๆในชุมชน จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลโดย broker case management นั้นเน้นการให้บริการในเรื่องที่จำเป็น การ

ผสมผสานการให้บริการหรือระบบการให้การสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในความดูแลสูงอาจทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

4. รูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths model) เป็นรูปแบบการบำบัดภายใต้แนวคิดหลักอยู่ 2 ประการ (Modrcin, Rapp & Chamberlin, 1985; Rapp, 1998 อ้างใน Pratt et al., 2007) คือ 1) ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถที่จะนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ในการบำบัดดูแลตนเอง สามารถที่จะเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนได้ 2) การบำบัดดูแลในรูปแบบนี้จะเน้นในเรื่องของความเข้มแข็งของแต่ละบุคคล (individual's strength) ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความเจ็บป่วย หรือมีความบกพร่อง หรือมีอาการทางจิตอยู่ก็ตาม โดยผู้จัดการรายกรณีจะมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา / เป็นครู ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ และการแนะนำให้ผู้รับบริการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประสานให้ผู้รับบริการเหล่านั้นได้รับโอกาสต่างๆ ที่เป็นทางเลือกภายในชุมชนเขาเอง ดังนั้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยในชุมชนรูปแบบนี้ ตัวผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้ที่ดีพอสมควร ในการเลือกทำหรือไม่ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

5. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation model) เป็นรูปแบบการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยแบบดั้งเดิม ที่เน้นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการให้ประสบผลสำเร็จในการดูแลในสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเองในการฟื้นฟู รวมถึงการประเมินหน้าที่อย่างสมบูรณ์จากการวางแผนการฟื้นฟูที่พัฒนาขึ้นมา ภายใต้การดูแลของรูปแบบดังกล่าวนี้ ผู้จัดการรายกรณีจะช่วยเน้นเรื่องการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนได้ด้วยตนเอง (Goering, Wasylenki, Farkas, Lances & Ballantyne, 1998 อ้างใน Pratt et al., 2007) รูปแบบของ rehabilitation model นี้จัดเป็นรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (intensive case management) ภายใต้บริบทของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผู้ศึกษาพบว่า ลักษณะของรูปแบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) นั้นมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนการบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยเฉพาะในชุมชนที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสถานที่อาศัยอยู่ ปัจจุบันบุคลากรในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช จึงยังไม่เหมาะที่จะนำรูปแบบการบำบัด ICM มาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและมีอาการรุนแรงของสถาบัน ส่วนลักษณะของรูปแบบการบำบัดแบบมีตัวแทน (broker case management) นั้นอัตราส่วนของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมากกว่า 1:50 ทำให้ส่วนใหญ่ผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยไม่ได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ขณะที่รูปแบบการดูแลแบบส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths model) สามารถให้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงมากนัก มีการรับรู้และแรงจูงใจในการดูแลตนเองดี และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation model) เน้นการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลักซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการไม่รุนแรงเช่นเดียวกัน ดังนั้นทั้งสองรูปแบบนี้ จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยของสถาบันฯ จากการศึกษาของ Mueser, Born & Drake (1998) พบว่ารูปแบบวิธีการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและมีอาการรุนแรง มีประสิทธิภาพสูงในการลดอาการกำเริบซ้ำ (relapse) และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงน่าจะเป็นรูปแบบที่นำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ดี และตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพจิตที่เน้นการเสริมสร้างการบำบัดดูแลในชุมชนที่ผู้รับบริการอยู่ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน หรือในสังคมได้ (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต, 2551)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรง เรื้อรัง และ มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ (เข้ารับการบำบัดภายใน 90 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษารักษา 3 ครั้งต่อปีขึ้นไป) เนื่องจากการบำบัดตามแนวคิดนี้เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ที่ต้องการการดูแลจากนักวิชาชีพหลายสาขาร่วมกัน รูปแบบการบำบัดเป็นทีมจะช่วยให้ลดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับผู้ป่วยแต่ละสาขาวิชาชีพนอกทีม โดยทีมบำบัดต้องร่วมกันปรึกษาปัญหาและวางแผนการบำบัดผู้ป่วยแต่ละรายที่ทีมร่วมกันรับผิดชอบดูแล จะเห็นได้ว่าการบำบัดโดยใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยเพิ่มความสะดวกในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเวช และช่วยให้สามารถมองปัญหาได้รอบด้านและครอบคลุมมากขึ้น

ปัจจุบันรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มีการพัฒนากระบวนการและวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 30 ปี ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้มาจากแนวคิดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตแห่งสถาบัน Mendota Mental Health ในรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการที่จะหาวิธีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากปัญหาทางคลินิกดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการก่อตั้งโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Stein & Santos, 1998) เพื่อที่จะสามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐาน โดยรูปแบบการบำบัดเน้นการทำงานเป็นทีม ผสมผสานการให้การบริการตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย โดยให้การบำบัดดูแลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ (Phillips, Burns & Elizabeth, 2001) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ต้องศึกษาก่อนที่จะนำรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนไปใช้ในการบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ 1) แนวคิดของการบำบัดเชิงรุกในชุมชน

2) ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในโปรแกรม 3) บทบาทของสมาชิกในทีมบำบัด 4) วิธีการบริหารจัดการภายในทีมบำบัด และ 5) กระบวนการบำบัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดการบำบัดเชิงรุกในชุมชน

เนื่องจากการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเป็นรูปแบบการบริการที่ต้องการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (Phillips et al., 2001)

- 1.1 การให้บริการจะเน้นการบำบัดดูแล การประคับประคองสนับสนุน และการฟื้นฟูสภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยตรง
- 1.2 สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- 1.3 อัตราส่วนของบุคลากรวิชาชีพต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนที่ต่ำประมาณ 1: 10
- 1.4 การบำบัดดูแลและการให้บริการเน้นการให้บริการอย่างครอบคลุมและยืดหยุ่นตามความเหมาะสม
- 1.5 ให้การบำบัดดูแลในชุมชนมากกว่าการบำบัดในโรงพยาบาลหรือ คลินิก
- 1.6 ให้บริการ บำบัดดูแลแบบไม่จำกัดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- 1.7 การบำบัดดูแลและการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นแบบเฉพาะราย
- 1.8 การให้บริการสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- 1.9 ทีมผู้บำบัดดูแล มุ่งเน้นเข้าไปให้การช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาเชิงรุก และกำกับดูแลความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า รูปแบบของการบำบัดดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เน้นการบำบัดอย่างครอบคลุมปัจจัยด้าน จีวภาพ จิตใจและสังคม ให้การบำบัดดูแล การสนับสนุน ประคับประคอง ฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้าไปบำบัดดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นรูปแบบที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงจึงต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน ปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณาถึงคือลักษณะของผู้ป่วยที่สมควรได้รับการบำบัดดูแลในลักษณะนี้

2. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการบำบัดเชิงรุกในชุมชนมีดังนี้ (Stein & Santos,

1998)

- 2.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง

2.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสามารถบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย

2.3 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาต่อไปนี้คือ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆและมีอาการรุนแรง มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีปัญหายุ่งยากในการเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก

3. บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ (National Alliance of Mental Illness: NAMI, 2003)

ลักษณะของทีมสหวิชาชีพ (mental health professional)

ทีมประกอบไปด้วยบุคลากรจากหลายวิชาชีพ จำนวนอย่างน้อย 8 – 12 คนต่อ 1 ทีม โดยมีหัวหน้าทีม 1 คน เป็นผู้บริหารจัดการ ดูแลควบคุมการทำงานทั้งหมดของสมาชิกภายในทีม ซึ่งบุคลากรภายในทีมประกอบไปด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟู (rehabilitation counselor) ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาเยาเสพติดและอาจมีบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

3.1 หัวหน้าทีม (team leader) มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแลการทำงานของสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ การวางแผนการประชุม ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในทีม รวมถึงการปฏิบัติการทางคลินิกไปด้วย โดยหัวหน้าทีมนั้นอาจเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งก็ได้เช่น พยาบาล วิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ซึ่งหัวหน้าทีมจะต้องจบระดับปริญญาโทขึ้นไป

3.2 จิตแพทย์ ปฏิบัติงานในรูปแบบเต็มเวลา หรือบางช่วงเวลา อย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อจำนวนผู้ป่วย 50 คน ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยทุกคนที่เข้าโปรแกรม รวมทั้งปฏิบัติงานควบคู่ไปกับหัวหน้าทีมเพื่อกำกับดูแลด้านอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา ให้การรักษาและการปรับแผนการรักษา ควบคุมดูแลระบบการบริหารจัดการยา สนับสนุนการรักษาแบบรายบุคคล บำบัดรักษาผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ บำบัดครอบครัวและให้สุศึกษา ให้คำปรึกษากับสมาชิกในทีม เป็นต้น

3.3 พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ในการบริหารจัดการเรื่องยา ร่วมประเมินภาวะสุขภาพกับทีม ประสานการให้บริการกับทีม รวมทั้งการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ซึ่งภายในทีมจะต้องมีจำนวนพยาบาลอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 2 คนเพื่อที่จะสับเปลี่ยนหมุนเวียนการทำงานได้ตลอดเวลา

3.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกอาชีพ และ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตระดับปริญญาโท (vocational specialist and master's level mental health professionals) เป็นผู้นำในการประเมินวางแผนด้านการประกอบอาชีพ การให้การปรึกษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดให้ผู้ป่วยให้มีโอกาส

เข้าถึงแหล่งฝึกอาชีพต่างๆ รวมถึงจัดให้ผู้ป่วยได้พบปะกับผู้เชี่ยวชาญด้านฟื้นฟูทักษะการฝึกอาชีพ ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปริญญาโทขึ้นไป อย่างน้อย 2 คน

3.5 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านยาเสพติด (substance abuse specialist) อย่างน้อย 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติดมาก่อนหรือเคยผ่านการฝึกด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมักมีการใช้ยาเสพติดร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรด้านนี้เพื่อคอยให้การบำบัดดูแล โดยให้การบำบัดรักษาแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

3.6 ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในชุมชนให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการหรือการตัดสินใจด้วยตนเอง ผลสมผสานการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การรักษา การฟื้นฟู การช่วยเหลือตนเองในชุมชนให้กับผู้ป่วย

3.7 ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (remaining clinical staff) เจ้าหน้าที่ด้านนี้อาจจบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านสังคมสงเคราะห์หรือด้านพฤติกรรมศาสตร์ มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนกับผู้เชี่ยวชาญภายในทีมด้านต่างๆ เช่น ด้านการฟื้นฟู การฝึกทักษะด้านอาชีพ เป็นต้น

3.8 ผู้ช่วยประสานงานและบริหารจัดการโปรแกรม (program / administrative assistant) มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการภายในทีม การติดต่อประสานงาน การปฏิบัติการทางคลินิกทั้งหมดของโปรแกรม รวมทั้งกำกับดูแลด้านการบริหารจัดการทางยา จัดข้อมูลของการปฏิบัติงานของสมาชิกภายในทีมสหวิชาชีพทั้งหมดให้เป็นระบบ ควบคุมกำกับด้านการเงิน เป็นเจ้าหน้าที่คอยต้อนรับ/ดูแลทั้งหมดของทีม รวมถึงประสานงานให้กับทีมสหวิชาชีพในการพบปะกับผู้ป่วย

4. วิธีการการบริหารจัดการภายในทีมบำบัด

เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน เป็นการให้บริการแบบเป็นทีม ในการปฏิบัติงานภายใต้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งในเรื่อง ความรู้และทัศนคติในการทำงานในชุมชน การผสมผสานการดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือและการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพจากหน่วยบริการที่หลากหลาย รวมถึงเทคนิคในการเผชิญกับแรงต่อต้านจากชุมชน (Kristin & Peter, 2002) ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการภายในทีมที่รัดกุมเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการโดยมีการบริหารจัดการภายในทีมในเรื่องสำคัญต่างๆดังนี้

4.1 การประชุมทีมสหวิชาชีพ (daily organizational staff) มีการพูดคุยอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยการกำกับของหัวหน้าทีม ซึ่งจะอภิปรายถึงการให้การบำบัดที่เกิดขึ้น

ในช่วงที่ผ่านมาในเรื่องต่อไปนี้คือ 1) การสรุปผลการให้บริการที่ผ่านมาว่าผลลัพธ์เป็นอย่างไร 2) ตรวจสอบ / ปรับเปลี่ยนการให้การบำบัด ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการในปัจจุบันของผู้ป่วย 3) มอบหมายหน้าที่ให้กับสมาชิกภายในทีมตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน 4) ปรับแผนการรักษารวมถึงการวางแผนเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเร่งด่วนตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ทีมจะต้องมีการประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ / ครั้ง และมีการบันทึกผลลัพธ์ของการบำบัดดูแล

4.2 การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี (case manager role)

สมาชิกในทีมสหวิชาชีพจะเป็นผู้จัดการรายกรณีทั้งหมด โดยหัวหน้าทีมจะมอบหมายให้รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละราย จำนวน 8 – 10 คน ซึ่งหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณีคือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เริ่มตั้งแต่การประเมิน วางแผนการดูแลรักษา ให้สุขศึกษา ให้การช่วยเหลือดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการทางจิตหรือการปรับตัวเมื่อเกิดอาการทางจิต ให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้การบำบัดดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ช่วยสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (provides social network support) กำกับดูแลการให้บริการผู้ป่วยและประสานความช่วยเหลือกับสมาชิกภายในทีมเมื่อจำเป็น

4.3 การบำบัดรักษาและการประเมินในภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้น (crisis assessment and intervention)

ภายในทีมมีการเตรียมความพร้อมในการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในการให้บริการดังกล่าวจะมีทั้งการใช้รูปแบบของการโทรศัพท์และการพบปะกับผู้ป่วยโดยตรง และมีการร่วมมือกันของสมาชิกภายในทีมเพื่อให้บริการในภาวะวิกฤติที่เหมาะสมเฉพาะราย นอกจากนี้จะมีการติดต่อกับแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อพาผู้ป่วยเข้ารักษาถ้าจำเป็น หรืออาจจัดให้ผู้ป่วยได้พบกับจิตแพทย์โดยตรง

5. กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายกรณี

ในการรับผู้ป่วยแต่ละรายเข้าโปรแกรม จะมีเกณฑ์ในการรับเฉพาะผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีแนวโน้มที่จะกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการบำบัดดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีขั้นตอนการดูแลดังนี้

5.1 การประเมินในระยะแรก (initial assessment)

เป็นการประเมินในช่วงแรกก่อนรับผู้ป่วยเข้าโปรแกรม โดยในระยะนี้ผู้ประเมินจะเป็นหัวหน้าทีมหรือจิตแพทย์ก็ได้

5.2 การประเมินอย่างครอบคลุม (comprehensive assessment)

ผู้จัดการรายกรณี และสมาชิกในทีมจะได้รับมอบหมายในการประเมินผู้ป่วยตามความชำนาญเฉพาะในแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะประเมินตามหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

5.2.1 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต สภาพจิตและการวินิจฉัยโรค (psychiatric history, mental status, and diagnosis) โดยส่วนใหญ่แล้วการประเมินตามหัวข้อนี้ผู้รับผิดชอบ จะเป็นจิตแพทย์ในทีม จุดประสงค์การประเมินก็เพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งจะประเมินเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยแบบครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา การกลับเป็นซ้ำ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

5.2.2 ประวัติด้านสุขภาพร่างกาย (physical health) การประเมินภาวะสุขภาพ อย่างละเอียดโดยพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลต่อไป เนื่องจากการประเมินด้านภาวะสุขภาพมักจะถูกมองข้ามในผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นเป้าหมายของการ ประเมินรูปแบบนี้ก็เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งทางจิตและทางด้าน ร่างกายอย่างละเอียดก่อนเข้าโปรแกรม รวมถึงการประเมินการใช้ยาที่ผ่านมาเพื่อให้การรักษาที่ ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการมาตรวจตามกำหนดนัด (follow-up) และการได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพของผู้ป่วย

5.2.3 ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ (use of drugs and alcohol) ใน การประเมินตามหัวข้อดังกล่าวนี้ จะถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดโดยมีจุดประสงค์คือ เพื่อทราบประวัติการใช้สารเสพติดทั้งหมด และนำไปวางแผนการให้การรักษาที่เหมาะสมและ ถูกต้อง

5.2.4 ประวัติด้านการศึกษาและการทำงาน (education and employment) ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกอาชีพ (vocational specialist) ซึ่งมีความสำคัญในการที่จะกำหนด ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการพบปะผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยที่กำลังศึกษาหรือทำงานอยู่ รวมถึงการ ประเมินในหัวข้อนี้เพื่อทราบว่าอาการของโรคทางจิตเวชนั้นมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน อย่างไรบ้าง นำข้อมูลดังกล่าว เพื่อการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วยต่อการ เรียนและการทำงาน

5.2.5 พัฒนาการทางสังคมและการปฏิบัติตามหน้าที่ (social development and functioning) ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทางสังคมของบุคคล ซึ่งประเมินด้านลักษณะ ของผู้ป่วยตามพัฒนาการจากวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ การทำบทบาทในครอบครัว ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี การใช้เวลาว่าง ความสนใจ ทักษะทางสังคม เพื่อดูว่าอาการทางจิตมีผลกระทบ ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ยังรวมไปถึงประวัติทางด้านอาชญากรรม เพื่อเป็น ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาต่อไป

5.2.6 กิจกรรมและ การดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living) ประเมินโดยนักอาชีวะบำบัดหรือพยาบาล เพื่อดูความสามารถด้านการปฏิบัติตามความจำเป็น

พื้นฐานแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการ การรับประทานยา คุณภาพชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความเพียงพอด้านการเงิน ผลจากการทางจิตต่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลคุณภาพชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วย และความต้องการเฉพาะราย เป็นต้น วัตถุประสงค์ในการประเมินก็เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้ไปสู่การวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วย ประเมินระดับความต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากการทำหน้าที่ทางสังคมนี้เป็นพื้นฐานของการประสบความสำเร็จ ในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งการช่วยเหลือจากทีมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดียิ่งขึ้น ลดความเป็นผู้อ่อนด้อย/เสี่ยง (less vulnerable) ของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สม่่าเสมอจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดความรู้สึกอ่อนแอ อ่อนล้า ความเหนื่อยหน่ายต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งนักอาชีวเวชบำบัดหรือพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ ตามหัวข้อการประเมินดังกล่าว นอกจากนี้วิชาชีพอื่นๆภายในทีมสหวิชาชีพก็สามารถร่วมประเมินได้ด้วยเช่นกัน

5.2.7 สัมพันธภาพและโครงสร้างของครอบครัว (family structure and relationships) สมาชิกทุกคนภายในทีมสามารถประเมินร่วมกันได้ โดยเน้นการประเมินการได้รับการดูแล สนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช หรือการรับข้อมูลของผู้ป่วยจากญาติเพื่อดูแล ประพฤติการใช้บริการจากสถานบริการต่างๆ และระบุถึงระดับความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตของญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประเมินที่รวมถึงประวัติส่วนบุคคล เนื่องจากการทำงานตามโปรแกรมจะต้องทำในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นวิธีที่จะได้รับความร่วมมือในการทำงานที่ดีที่สุดก็คือ การเคารพในความเป็นบุคคล ความเชื่อ ค่านิยม ความสามารถต่อการยอมรับอาการทางจิตของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นอาจจะต้องเชิญผู้ที่มีความเกี่ยวข้องหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วย จุดประสงค์หลักในการประเมินตามหัวข้อนี้ก็คือการค้นหาข้อมูลที่สำคัญจากบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย และประเมินความเข้าใจต่อภาวะโรคทางจิตของผู้ป่วยและครอบครัว

5.3 การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (diagnosis need and problem) เมื่อได้ข้อมูลการประเมินที่ครอบคลุมแล้ว ผู้จัดการรายกรณีและทีมผู้ให้การบำบัดเฉพาะราย (Individual Treatment Team: ITT) จะรวบรวมข้อมูลและสรุปผลเป็นข้อวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้เสร็จเรียบร้อยก่อนจะนำผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม

5.4 การวางแผนการบำบัดรักษารายบุคคล (individualized treatment planning) ภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยเสร็จสิ้น หัวหน้าทีมจะมีการมอบหมายงาน ให้ผู้จัดการรายกรณีและทีมผู้ให้การบำบัดเฉพาะราย (ITT) ประชุมวางแผนการบำบัดดูแลผู้ป่วยภายใน 30 วันหลังนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม โดยการวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายประกอบด้วย 1)

การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) ระบุวิธีการวัดผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่ชัดเจน เช่น อาการทางจิตลดลง มีที่พักอาศัยที่แน่นอน มีบทบาทหรือกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นในด้านใดบ้าง มีสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว มีความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น 3) ระบุวิธีการบริหารจัดการและวิธีการบำบัดรักษา การช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่กำหนดไว้

5.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยรายบุคคล และการประเมินผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีและบุคลากรของทีมจะมีการพบปะกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการตามตารางเวลาที่ได้ออกแบบไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบำบัดดูแลที่ดีที่สุดตามแผนการบำบัดดูแลที่กำหนดไว้และปรับปรุงแผนการบำบัดดูแลเป็นระยะๆจนกระทั่งผู้รับบริการสามารถพึ่งตนเองได้และ/หรือสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งผู้รับบริการจะถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรมเมื่อเข้าเกณฑ์ตามหัวข้อต่อไปนี้

- ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการจำหน่าย หรือสมาชิกภายในทีมเห็นว่าสมควรสิ้นสุดการให้บริการของโปรแกรม

- เมื่อผู้รับบริการสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆที่เป็นเรื่องสำคัญด้วยตนเองได้ เช่น การทำงาน การมีสังคม การดูแลตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ไม่มีอาการกำเริบซ้ำเมื่อยุติการให้บริการ หรือผู้รับบริการมีความต้องการที่จะยุติการรับบริการ

- ผู้รับบริการมีการย้ายที่อยู่ ซึ่งเมื่อเกิดกรณีดังกล่าว ทีมจะมีการจัดการให้ผู้รับบริการได้รับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งอื่นอย่างต่อเนื่องด้วย

- เมื่อผู้รับบริการปฏิเสธหรือไม่ต้องการรับบริการหรือร้องขอในการสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม ถึงแม้ว่าทีมได้พยายามให้ข้อมูลของการบำบัดรักษาที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม นอกจากเกณฑ์การจำหน่ายข้างต้นแล้วยังมีสิ่งที่ต้องพึงปฏิบัติเมื่อผู้รับบริการถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม ดังนี้

- กรอกรายละเอียดและเหตุผลของการจำหน่ายทั้งของผู้รับบริการและของทีมสหวิชาชีพ

- บอกสถานะด้านชีวะจิตสังคมของผู้รับบริการขณะจำหน่ายอย่างชัดเจน (biopsychosocial function)

- สรุปผลการให้การบำบัดรักษา ความก้าวหน้าของผู้รับบริการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อการวางแผนการรักษาในอนาคต

- วางแผนร่วมกันระหว่างทีมกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการมาตรวจตามกำหนดนัดหลังจำหน่าย (follow-up)

- ผู้รับบริการเซ็นยินยอมในการจำหน่ายร่วมกับหัวหน้าทีมและจิตแพทย์

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนนั้นเป็นการบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต้องมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการให้บริการตามความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายโดยทีมผู้บำบัด มีผู้จัดการรายกรณีให้การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละราย ตามแผนการบำบัดที่วางไว้ จัดหาระบบบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ มีการเตรียมความพร้อมแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและในชุมชน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวอยู่ในชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการกำเริบและกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกสูงที่สุดจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน เข้ารับการรักษาซ้ำใน 90 วันในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 105 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด 1,325 ราย (กองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังขาดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน และครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะที่ ทีมติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนของสถาบันฯ ซึ่งเน้นการเยี่ยมบ้านเป็นทีม ยังมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยที่แผนของการเยี่ยมบ้านประมาณการว่าจะเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้ประมาณ 200 ราย ต่อปี ในขณะที่สามารถเยี่ยมจริงเพียง 70-80 ราย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบใหม่ ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อให้สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและ ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น และจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดเชิงรุกในชุมชน สามารถที่จะช่วยป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติเข้ารักษาซ้ำบ่อยได้ดี และวิธีนี้จะใช้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพียง 1 คน ต่อผู้ป่วย 10 - 20 ราย ขณะที่ยังคงมีการประชุมปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วยเป็นทีมอยู่เช่นเดียวกับที่สถาบันเคยปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ โดยวิธีการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนนั้นควรมีรูปแบบในการปฏิบัติงาน และวิธีการบำบัดดูแลและวัดผลลัพธ์อย่างไร โดยการศึกษา วิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะโดยพิจารณาความเหมาะสมของการนำรูปแบบของการบำบัดมาปรับใช้ในบริบทของสถาบันฯ และบริบทของผู้รับบริการร่วมด้วย

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา (purposes of the study)

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดอัตราการกลับมา
รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและรุนแรงจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ(expected benefits)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดดูแลตามโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสามารถ
ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตอบคำถามทางคลินิกที่ว่ารูปแบบของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีรูปแบบในการปฏิบัติงาน วิธีการบำบัดดูแลและวัดผลลัพธ์อย่างไร เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ และบริบทของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดวิธีการดำเนินงานเพื่อรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้คือ กำหนดกรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น กำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิกคือ โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน ควรมีรูปแบบในการปฏิบัติงาน วิธีการบำบัดดูแลและวัดผลลัพธ์อย่างไร ที่จะมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ (Craig & Smyth, 2002 อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

Population	= ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง มีประวัติเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง
Intervention	= การบำบัดเชิงรุกในชุมชน
Comparison intervention	= ไม่มีการเปรียบเทียบ
Outcome	= ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญในการสืบค้น schizophrenia, severe mental illness, assertive community treatment, intensive case management, hospitalization, quality of life

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับศึกษาและวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงเรื้อรังที่มีแนวโน้มในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้นซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยดังนี้

1. คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการให้การบำบัดเชิงรุกในชุมชนหรือการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้นที่มีการทำงานเป็นทีมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบคลุมหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ค.ศ. 2009
3. คัดเลือกงานวิจัยทุกระดับ
4. เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นงานฉบับสมบูรณ์
5. คัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

2.1.3 วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากกระบวนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ฐานข้อมูลรวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guideline.gov.
- ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้แก่ www.Cochrane.org,
- ฐานข้อมูลวิจัยทางด้านสุขภาพ Science Direct, Pub Med, ProQuest Nursing, CINAHL
- การสืบค้นด้วยมือ (hand search) จาก journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ วารสารสมาคมการพยาบาลจิตเวช วารสารสมาคมจิตแพทย์ วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา รายงานการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช
- การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม (reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่บทความวิจัยที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใน 3 องค์ประกอบ (Polit & Beck, 2004) ดังนี้คือ

2.1.1 ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) โดยพิจารณา งานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล พยาบาลมี เอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหามาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการ เก็บข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2.1.2 การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) โดยพิจารณา จากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทุนสนับสนุน ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบ แนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน การประเมินผลลัพธ์เหมาะสม การใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ที่เหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การ อ้างอิงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อ ค้นพบจากการวิจัย

2.1.3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (implemental potential) ซึ่งการประเมิน มี 3 มิติหลักคือ

1) transferability of finding หมายถึง การเทียบเคียงความรู้ที่ได้จากการ วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะที่ได้ว่า มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่ม ประชากรในหลักฐานงานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประจักษ์ในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยมีความ แตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

2) feasibility of implementation หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะจากการ วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น ประเมิน ถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มใช้วิธีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะนั้น การปฏิบัตินี้ ครอบคลุมการทำงานอื่นๆ ของบุคลากรหรือไม่ ประเมินความเห็นชอบของผู้บริหารและบุคลากรอื่นที่ เกี่ยวข้องว่าเห็นด้วยกับวิธีปฏิบัติวิธีใหม่นี้หรือไม่ นอกจากนี้ถ้าจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติเพิ่มเติม ตาม ข้อเสนอแนะ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะของบุคลากรในหน่วยงานโดยการฝึกเอง หรือต้อง เชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้น้อยเพียงใด หากมีความ จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆเพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความ พร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ ทรัพยากรดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทาง คลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3) cost – benefit ratio หมายถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนในการที่จะนำวิธีปฏิบัติงานวิธีใหม่เข้ามาใช้ในหน่วยงาน จะเกิดความเสี่ยงหรือเป็นผลเสียกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการด้านใดบ้าง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนำรูปแบบใหม่ที่ได้จากข้อเสนอแนะมาใช้กับรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลรูปแบบเดิมต่างกันมากน้อยเพียงใด เทียบทั้งค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลและผู้รับบริการรวมรวมทั้งการเทียบประโยชน์ที่จะได้รับ

2.3 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับ (level of evidence) ตามเกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) มีรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (meta analysis) ที่ได้จากงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials, RCTs)

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบรัดกุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (well – designed trials) แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (controlled trials without randomization)

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น case control และ cohort study ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของงานวิจัยเชิงพรรณนา / บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยแบบพรรณนา / บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากความคิดเห็น ทศนะของผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ / หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

บทที่ 3

ผลการดำเนินการสืบค้น

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ภายหลังจากมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้น แล้ว กำหนดเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่สืบค้นได้ดังนี้

1. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ www.guideline.gov. โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or
schizophrenia and hospitalization or quality of life } ไม่พบ full text

assertive community treatment and severe mental illness or
schizophrenia and hospitalization or quality of life } ไม่พบ full text

2. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or
schizophrenia and hospitalization or quality of life } พบ full text 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์

assertive community treatment and severe mental illness or
schizophrenia and hospitalization or quality of life } พบ full text 3 เรื่อง
พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 1 เรื่อง

3. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ CINAHL โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or
schizophrenia and hospitalization or quality of life } พบ full text 2 เรื่อง พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 1 เรื่อง

assertive community treatment and severe mental illness or } ไม่พบ full text
schizophrenia and hospitalization or quality of life }

4. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ScienceDirect โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or } ไม่พบ full text
schizophrenia and hospitalization or quality of life }

assertive community treatment and severe mental illness or } ไม่พบ full text
schizophrenia and hospitalization or quality of life }

5. สืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Cochrance โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or } พบ full text 1 เรื่อง เป็น
schizophrenia and hospitalization or quality of life } งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์

assertive community treatment and severe mental illness or } ไม่พบ full text
schizophrenia and hospitalization or quality of life }

6. สืบค้นในฐานข้อมูล ProQuest Nursing โดยใช้คำสืบค้น ดังนี้

intensive case management and severe mental illness or } ไม่พบ full text
schizophrenia and hospitalization or quality of life }

assertive community treatment and severe mental illness or } พบ full text 3 เรื่อง มีงานวิจัย
schizophrenia and hospitalization or quality of life } ที่เข้าเกณฑ์ 2 เรื่อง

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งหมด พบงานวิจัย 10 เรื่องมี
งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 6 เรื่อง ตัดออก 4 เรื่องเนื่องจาก
เรื่องที่ 1

Killing, H., Bebbington, P., Blizard, R., Jonhson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2006). The
REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north
London. *British Medicine Journal*, 10. 1- 6.

เรื่องที่ 2

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 116(2), 105-12.

เรื่องที่ 3

Burns, T., Fioritti, A., Frank, H., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Service*, 52(5), 631-636.

เมื่อศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่องดังกล่าวอย่างละเอียดแล้วพบว่าลักษณะประชากร ต่างจากลักษณะประชากรที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ การคัดกรองงานวิจัย (ซึ่งระบุว่าต้องเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง คือต้องมีความสามารถบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยและมีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาต่อไปนี้คือ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ การใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีปัญหายุ่งยากในการเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก) โดยทั้งงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ระบุเพียงว่าประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทด้วย แต่ไม่ได้ระบุว่าผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงดังกล่าวข้างต้น จึงถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้

เรื่องที่ 4

Meyer, S, P., & Morrissey, P, J. (2007). A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatric Services*, 58, 121-127.

เป็นการเปรียบเทียบลักษณะการดำเนินโปรแกรม assertive community treatment และ intensive case management ในชุมชนชนบท ซึ่งเป็นบริบทที่ไม่เหมือนผู้ป่วยที่สถาบันฯ ให้การบำบัดดูแลในชุมชนซึ่งผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ซึ่งต่างจาก setting ในงานวิจัย จึงตัดงานวิจัยเรื่องนี้ออก

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือและตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาได้ทั้งหมด 6 เรื่อง ดังนี้

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง/ วารสาร	ประเภท/ระดับของงานวิจัย
1	Burn, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People with Severe Mental Illness. Systematic review and meta-regression. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 335,336- 340.	Level I systematic review
2	Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N.H., McHugo, G.J., Frisman, L.K., et al. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-Occurring Disorder. <i>Psychiatric Services</i> , 57(2), 185-196.	Level II Randomized controlled trials
3	Kuno, E., Rothbard, A. B., & Sands, R. G. (1999). Service Components of Case Management Which Reduce Inpatient Care Use for Persons with Serious Mental Illness. <i>Community Mental Health Journal</i> , 35(2), 153-167.	Level IV Cohort study
4	Yang, J, Law, S., Chow, W., Andermann, L., Steinberg, R., & Sadavoy, J. (2005). Assertive Community Treatment for Person with Severe and Persistent Mental Illness in Ethnic Minority Groups. <i>Psychiatric Services</i> , 56(9), 1053 - 1055.	Level IV One -group pretest posttest study
5	Fam, J., Lee, C., Lim, B. L., & Lee, K. K. (2007). Assertive Community Treatment in Singapore: A 1- year Follow – Up Study. <i>Annals Academy of Medicine</i> , 36(9), 409-412.	Level IV One group pretest posttest study

ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง/ วารสาร	ประเภท/ระดับของงานวิจัย
6	Joannette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S., & Krupa, T. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. <i>American Psychiatric Association</i> , 56(11), 1387-1393.	Level VI Correlational study

3.2 การประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

นำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดงตารางสัปดาห์งาน (ในภาคผนวก) และนำผลการวิเคราะห์ทั้งงานแต่ละเรื่องนำมาสรุปรวมลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) ดังแสดงต่อไปนี้

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)										
รูปแบบของ ทีมและ Intervention	ทีมประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพมีการประเมินว่าการบำบัดแต่ละงานวิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานของ ACT หรือไม่ โดยประเมินจาก the index of fidelity to assertive community treatment (IFACT) 14 ข้อ โดยให้คะแนนข้อละ 0 – 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 14 คะแนน โดยมีหัวข้อการประเมินดังต่อไปนี้คือ 1) มีอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ประมาณ 1: 10 ไม่นเกิน 1:20 2) มีเจ้าหน้าที่ในทีมประมาณ 7 – 10 คน 3) มีจิตแพทย์ทำงานเต็มเวลาหรือบางส่วนไม่น้อยกว่า 13 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 4) มีพยาบาลทำงานเต็มเวลาหรือทำงานไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 5) ผู้ป่วยจะได้รับบริการด้านต่างๆ โดยตรงจากผู้จัดการรายกรณี โดยไม่ผ่านการส่งต่อ 6) อาศัยจัดตั้งทีม ACT ให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลหรือตั้งเป็นองค์กรหรือเป็นศูนย์อิสระในชุมชน 7) มีการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของทีม 8) มีการประชุมทีมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 9) หัวหน้าทีมมีการนิเทศงานกับทีมหรือร่วมให้บริการกับทีมอย่างน้อย 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์									

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 1 (ต่อ)									
รูปแบบของ ทีมและ Intervention (ต่อ)	10) มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในศูนย์ หรืออย่างน้อยมี emergency 24-hr on-call 11) ให้บริการครอบคลุมทุกด้านแก่ผู้ป่วย ในชุมชน 12) การให้บริการกับผู้ป่วยในสำนักงานไม่เกินร้อยละ 25 ของเวลาที่ให้บริการทั้งหมด 13) ผู้ป่วยได้รับการบริการในทุกรูปแบบ เช่น ทางโทรศัพท์ หรือให้บริการโดยตรงมากกว่า 18 ชั่วโมงต่อเดือน 14) ไม่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุดในการให้บริการหรือการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมที่แน่นอน การสิ้นสุดบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย หรือความเห็นของทีมสหวิชาชีพ								
ข้อสังเกตที่ พบจาก งานวิจัย	ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการนำเข้าไปโปรแกรม intensive case management ภายใต้รูปแบบของทีม ACT คือผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง หรือเคยมีประวัติการใช้บริการในโรงพยาบาลบ่อยๆ กล่าวคือผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการภายใต้การดูแลของทีม ACT จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าการบำบัดในรูปแบบอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ								

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 2	ผลการวิจัย	Participant	Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. 8080K., et al. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorder. <i>Psychiatric Service</i> , 57(2), 185-196.	Finding							
			ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งโดยโปรแกรม ACT จะให้ผลดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโดยโปรแกรม standard case management	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
			ผู้ป่วย major psychotic disorder เช่น schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder , major depression with psychotic feature จำนวน 205 คน ซึ่งมีการใช้สารเสพติดร่วมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และเคยใช้บริการในสถานพยาบาล 2 ครั้งขึ้นไป	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
				sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
				sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
				sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
				sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	
				sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig	

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 2 (ต่อ)										
รูปแบบทีม และ intervention	ใช้รูปแบบทีม ACT ตาม model- guided ของ Essock, Frisman & Kontos (1998) อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย 1 : 10 – 1:15 เน้นการทำงานในชุมชน ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่มีวันหยุดให้บริการกับผู้ป่วยในชุมชน โดยไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ มีการแบ่งความรับผิดชอบระหว่างผู้จัดการรายกรณี และมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดเข้ามาเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยใช้รูปแบบการบำบัด stagewise ภายใต้รูปแบบ MI 8 ระยะดังนี้ 1. Pre – engagement ระยะก่อนนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 2. Engagement ระยะเริ่มนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 3. Early persuasion ระยะเข้าสู่การบำบัด ผู้ป่วยมีการติดต่อกับทีมผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอ แต่อาจยังมีการใช้สารเสพติดอยู่ 4. Late persuasion ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดการใช้สารเสพติดได้ 5. Pre – engagement ระยะก่อนนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 6. Engagement ระยะเริ่มนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม									

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)										
รูปแบบทีม และ intervention	ใช้รูปแบบการจัดทีมตาม IFACT ของ McGrew (1994) อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในโปรแกรม intensive case management = 1:20 -1:30 อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในโปรแกรม case management = 1: 150 และใช้รูปแบบการบำบัดตาม original program ACT ของ Stein & Test (1980) ดังนี้ 1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการสนับสนุนทั้งทางสุขภาพและทางสังคม อย่างครอบคลุม 2. ให้บริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัยรวมถึงการจ่ายค่าที่พัก ช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการด้านอาหารจากรัฐบาล จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ดูแลเรื่องยา 3. การส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและการดำเนินชีวิตในชุมชน (motivation to persevere and remain involved with lift) 4. พัฒนาสมรรถภาพในการทำบทบาทหน้าที่และดำเนินชีวิตในชุมชน โดยการศึกษาฝึกทักษะที่จำเป็น เช่นการใช้									

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 3 (ต่อ)	รูปแบบทีม และ intervention (ต่อ)	ระบบขนส่งมวลชน การฝึกประกอบอาหาร 5. สนับสนุนให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เข้าใจ ขอมรับ มี ความรู้ ทักษะในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (ครอบครัว ตัวแทนชุมชน เจ้าของห้องเช่า) เช่นฝึกการบริหาร จัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและ ให้จิตศึกษา 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพิงกับผู้อื่น (freedom from pathological dependence relationships) โดย การ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นการให้ ความรู้เรื่องโรคทางจิต การจัดการกับอาการทางจิต							
ข้อสังเกต จากงานวิจัย		- อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ป่วยมีผลต่อการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล - อัตราส่วนของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในจำนวนน้อยจะให้ ผลได้ดีกว่าอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก							

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 4	Joannette, J. A., Lawson, J. S., & Shirle., et al. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. <i>American Psychiatric Association</i> , 56(11), 1387-1393.	Finding							
		การวัด	หลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม ACT ผู้ป่วยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดน้อยลง มีความพึงพอใจในบริการ	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		รูปแบบทีมและ intervention	ทีมผู้บำบัด ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คนตามรูปแบบทีมของ IFACT (McGrew, 1994 เหมือนเรื่องที่ 1) จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย 1 : 6 – 1 : 10 การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้จัดการรายกรณีอ้างอิงด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ให้มีความคล้ายคลึงกันระหว่างผู้ช่วยกับผู้จัดการรายกรณี รูปแบบการบำบัดใช้ original model ของ Stein & Test (1980) (เหมือนเรื่องที่ 3) มีการร่วมทำกิจกรรมต่างๆในชุมชนร่วมกับผู้ป่วยเช่น กิจกรรมการทำถ้วยเดี่ยว การฝึกโยคะ	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 4 (ต่อ)											
Participant	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทั้งรุนแรงและเรื้อรังจำนวน 66 คนจากชนกลุ่มน้อย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อพยพมาจาก เอเชีย ซึ่งประกอบไปด้วยชนชาติจีน ทมิฬ เวียดนาม คาริ เบียน อัฟริกา ออสเตรเลีย										
ข้อสังเกต จากงานวิจัย	การบำบัดจะให้ผลดียิ่งขึ้นกับผู้จัดการรายกรณีสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ชัดเจนมีความเข้าใจในภาษา วัฒนธรรม ประเพณี และรู้ถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆในชุมชนของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆรวมถึงแหล่งบริการทางจิตสังคมได้ดียิ่งขึ้น										

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 5	Fam, J., Lee, C., Lim, B. L., & Lee, K. K. (2007). Assertive Community Treatment in Singapore: A 1- year Follow – Up Study. <i>Annals Academy of Medicine</i> , 36(9), 409-412.	Finding							
		เปรียบเทียบผลการบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการเข้ารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ อัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		รูปแบบของ ทีมและ Intervention	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		เปรียบเทียบผลการบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการเข้ารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ อัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		รูปแบบของ ทีมและ Intervention	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		เปรียบเทียบผลการบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการเข้ารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ อัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		รูปแบบของ ทีมและ Intervention	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig
		เปรียบเทียบผลการบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการเข้ารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ อัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น	sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 5 (ต่อ)									
รูปแบบของ ทีมและ Intervention (ต่อ)	บำบัดคอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำปรึกษาด้านการทำงาน โดยนักสังคมสงเคราะห์จะมีหน้าที่ช่วยเหลือหาแหล่งงานให้กับผู้ป่วย								
Participant	ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 100 คน ชาย 46 คน หญิง 54 ได้รับการ วินิจฉัยด้วยโรค schizophrenia, schizoaffective disorder, manic- depressive psychosis อายุ 18 - 65 ปี มีอาการทางจิตรุนแรงและ เรื้อรัง บกพร่องในด้านการทำหน้าที่ต่างๆ หรือผู้ป่วยไร้ ความสามารถจากการเจ็บป่วยทางจิต เข้ารักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้งต่อปีขึ้นไป								
ข้อสังเกตที่ พบจาก งานวิจัย	การบำบัดผู้ป่วยเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ นั้น ผู้ป่วยจะสามารถทำได้หลังจากผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลาลง แล้ว มีการบำบัดแบบ intensive occupational therapist และมีการ ติดต่อประสานงานกับแหล่งงาน และเป็นพี่เลี้ยงในการปรับตัวใน การทำงานของผู้ป่วย								

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 6	Joannette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S., & Krupa, T. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. <i>American Psychiatric Association</i> , 56(11), 1387-1393.	Finding							
		ผู้วิจัยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและได้รับการบำบัดในชุมชนตามหลักการของ ACT 3 โปรแกรม ซึ่งเมื่อประเมินว่ารูปแบบการบำบัดทำตามเกณฑ์มาตรฐานของ ACT หรือไม่ โดยเครื่องมือ IFACT พบว่าคะแนนไม่ต่างกัน จะพบว่าผลการบำบัดก็ไม่ต่างกันด้วยและเมื่อศึกษารายละเอียดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีการกลับเข้ารับการรักษาสูง จะเป็นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการ readmit บ่อย และมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าโปรแกรมที่มีโรงพยาบาลรองรับอยู่แล้ว ผู้ป่วยจะมีอัตรา readmit สูง	Non sig	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		การวัด	ผลการศึกษา	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		รูปแบบทีม	และการให้	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		ทั้ง 3 intervention	ซึ่งเป็นรูปแบบภายใต้โปรแกรม ACT มีการประเมินการจัด ACT ได้ตามมาตรฐานหรือไม่ประเมินจาก the	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ
		ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ	ผู้ป่วยแบบแอคทีฟ

ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) (ต่อ)

เรื่องที่ 6 (ต่อ)	
ข้อสังเกตที่ พบจาก งานวิจัย	การบำบัดดูแลด้วยโปรแกรม ACT สามารถลดอัตราการ readmit ได้ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดการบำบัดในครั้งแรกภายในเวลา 9 เดือนภายหลังจากเข้าโปรแกรมแล้ว และพบว่าภายหลังช่วง 9 เดือนแรกไปแล้วอัตราการ readmit จะลดน้อยลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ ต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำ ในระยะแรกของการให้การบำบัดด้วยโปรแกรม ACT

3.3 ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

3.3.1 โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) เป็นรูปแบบของการบำบัดดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในลักษณะของการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยสถานที่บำบัดนั้นจะกระทำในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รูปแบบการบำบัดเน้นใน 3 เรื่องหลักคือ การรักษา (treatment) การฟื้นฟู (rehabilitation) การสนับสนุน (supportive) การทำหน้าที่ทางสังคมจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการต่างๆในชุมชนได้ (Kuno, Rothbard & Sands 1999 Level IV)

3.3.2 ทีมสหวิชาชีพประกอบไปด้วย หัวหน้าทีม จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสารเสพติด ผู้ช่วยประสานงานและบริหารโปรแกรม (psychosocial worker) (Burns, Catty, Dash, Roberts & Lockwood, 2007 Level I; Fam, Lim, Lee & Lee, 2007 Level IV) โดยมีจำนวนสมาชิกทีมประมาณ 7 – 10 คนต่อ 1 ทีม ในบางงานวิจัยอาจมีจำนวนของทีมสหวิชาชีพไม่ครบทุกวิชาชีพ แต่จะมีการเชิญเข้ามาเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษเป็นบางโอกาส

3.3.3 งานวิจัยของ Burns, et al. (2007) Level I พบว่าการใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน เหมาะที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง มีแนวโน้มในการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถดูแลตนเองได้คืออยู่แล้ว การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชนให้ผลไม่แตกต่างจากการดูแลรูปแบบเดิม

3.3.4 การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่นๆ (Burns et al., 2007 Level I)

3.3.5 การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาในการอยู่ในชุมชนยาวนานขึ้น (Kuno et al., 1999 Level IV)

3.3.6 การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน สามารถลดอาการทางจิตให้น้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ร่วมด้วยนั้นหลังเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยมีการลดจำนวนการใช้ลง มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงเพิ่มขึ้น (Essock, Mueser, Robert, Covell, McHugo, Frisman et al., 2006 Level II)

3.3.7 การศึกษาของ Joannette, Lawson, Eastabrook & Krupa, (2005) level VI พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่จะกลับเข้ามารักษาซ้ำภายในเวลา 9 เดือน หลังจากนั้นอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะลดต่ำลง

3.7. 8 การศึกษาของ Fam, et al. (2007) Level IV พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม ACT แต่ภายในทีมจะต้องมีนักอาชีวะบำบัดอยู่ประจำเพื่อให้การดูแลปรึกษาร่วมด้วย และจะต้อง ไม่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยหรือไม่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง

3.4 สรุปข้อเสนอแนะ (recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

การดำเนินโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นการดำเนินการบำบัดในชุมชน ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และมีบุคลากรจากหลายวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักอาชีวะบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ อาจมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นร่วมในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด การดำเนินการตามโปรแกรมในการบำบัดผู้ป่วยแต่ละราย จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรม ACT ดังนี้

3.4.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรมดังนี้ (Burn et al., 2007 Level I & Fam et al., 2007 Level IV) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง (severe mental illness) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาดังต่อไปนี้คือ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อาการกำเริบซ้ำบ่อยและมีอาการรุนแรง มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีปัญหายากในการเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสามารถบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย

3.4.2 รูปแบบของบริการในโปรแกรม ACT ที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดควรได้รับ มีดังนี้คือ (Kuno et al., 1999 Level IV)

1) มีการส่งเสริมหรือเอื้อให้มีระบบสนับสนุนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถนะด้านต่างๆของผู้ป่วย อย่างครอบคลุม เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชมักจะมีภาวะการพึ่งพิงสูง มีความวิตกกังวลสูง ง่ายต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ มีบุคลิกภาพแบบแยกตัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรักษอย่างต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นโปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน จึงต้องมุ่งเน้นในการปฏิบัติงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการ ต่างๆ ทั้งบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว การงานและสังคมเพิ่มมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัยรวมถึงการจ่ายค่าที่พัก ช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการด้านอาหารจากรัฐบาล จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ช่วยสนับสนุนเรื่องยา

3) การส่งเสริมแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน (motivation to persevere and remain involved with life) การให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความสามารถการปรับตัวหรือแก้ปัญหาต่างๆในการดำเนินชีวิต การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงระบบหรือแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น และรู้สึกว่าไม่ได้เป็นผู้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียว การให้กำลังใจ ให้ความรู้สึกรับประกันว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง เต็มเต็มความหวังและความรู้สึกด้านบวกให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน เช่น การใช้บริการขนส่งมวลชน การฝึกประกอบอาหารง่ายๆแต่มีคุณค่าทางโภชนาการ การฝึกการใช้จ่ายเงิน ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายเงิน ฝึกการแก้ปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย ช่วยเหลือเกี่ยวกับใบเรียกเก็บเงินต่างๆ ส่งเสริมศักยภาพในการบริหารเงินด้วยตนเอง การส่งเสริมโอกาสในการทำงาน ช่วยผู้ป่วยหางานประเภทอาสาสมัครหรืองานที่เป็นอาชีพ ช่วยติดต่อกับสถานประกอบการต่างๆและให้ความรู้เรื่องการทำงาน คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน จัดระบบการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้พร้อมอยู่เสมอ

5) การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง (ครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย ตัวแทนชุมชน เจ้าของห้องเช่า) เช่น ฝึกการบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤติขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและให้การศึกษา ช่วยอำนวยความสะดวกในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รวมถึงการช่วยจัดการด้านเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย

6) การส่งเสริมความรู้สึกเป็นอิสระ และพึ่งตนเองได้ (freedom from pathological dependence relationships) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช ให้สุศึกษา การจัดการกับอาการทางจิต การไปตรวจสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเจริญเติบโตอย่าง มีอิสระ ในการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองเพิ่มขึ้น พัฒนาความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองดูแลตนเองได้ในที่สุด โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้บำบัด

นอกจากบริการที่ผู้ป่วยควรได้รับดังกล่าวข้างต้นนี้แล้ว ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการบริการเพื่อช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีดังนี้

7) ควรให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ด้วยตัวเองโดยไม่กลับเข้ารักษาซ้ำอย่างน้อย 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับเข้ารักษาซ้ำในช่วง 9 เดือนแรกของการเข้าโปรแกรมบำบัด (Joannette et al., 2005 level VI)

8) การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน ถ้าจะเน้นการให้ผลด้านการมีงานทำหรือมีอาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกงานอาชีพอย่างเข้มข้น หลังจากที่อยู่อาศัยดีขึ้น ควบคุมอาการทางจิตได้ มีการรับรู้ที่ดี มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำงานโดยมีที่ปรึกษาในการปรับตัวต่องานและร่วมงานด้วย (Fam et al., 2007 Level IV)

9) การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการคืออุปสรรคในเรื่องการสื่อสาร และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นและทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น ถ้าจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้ป่วย (Yang et al., 2005 Level IV)

10) การบริหารจัดการทีมบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (ACT) จะต้องจัดเตรียมทั้งด้านบุคลากร การบริหารจัดการองค์กร และการบริการ ในการจัดทีมดูแลผู้ป่วยประมาณ 50-100 คนตามมาตรฐานทีมบำบัดควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Burn et al., 2007 Level ; Fam et al., 2007 level IV)

- 1) อัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ประมาณ 1:10 ไม่เกิน 1:20
- 2) ขนาดของทีม จำนวนเจ้าหน้าที่ในทีมประมาณ 7 - 10 คน
- 3) จิตแพทย์ทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลา แต่ต้องมีชั่วโมงทำงานไม่น้อยกว่า 13 -16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 4) มีพยาบาลทำงานเต็มเวลาหรือทำงานไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 5) ผู้ป่วยจะได้รับบริการต่างๆ โดยตรงจากผู้จัดการรายกรณี หรือสมาชิกทีมเป็นส่วนใหญ่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการที่ครบวงจรจากทีมผู้บำบัด จะส่งผู้ป่วยไปรับบริการจากบุคลากรอื่นๆ นอกทีมเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับบริการ
- 6) อาจจัดตั้ง ทีม ACT เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวชหรือตั้งเป็นองค์กรหรือศูนย์บริการในชุมชน (separate site)
- 7) มีการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ (shared caseloads)
- 8) มีการประชุมทีม (daily team meeting) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 9) หัวหน้าทีมหรือผู้ประสานงานจะต้องให้บริการหรือร่วมให้บริการกับผู้ป่วย โดยตรงอย่างน้อยครั้งหนึ่งของเวลาทำงานหรือ 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (coordinator provides direct client service)

- 10) มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในศูนย์ หรืออย่างน้อยมี emergency 24-hr on-call
- 11) การให้บริการต่างๆทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้บริการเหล่านี้กับผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง
- 12) การให้บริการในสำนักงานควรใช้เวลาไม่เกินร้อยละ 25 ของเวลาการให้บริการทั้งหมด
- 13) ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องได้รับการบริการจากทีมสหวิชาชีพในทุกรูปแบบ ทั้งการได้รับการบริการโดยตรง การพูดคุยทางโทรศัพท์ การบริการสำนักงาน รวมกันอย่างน้อย 18 ชั่วโมงต่อ 1 เดือน
- 14) การบริการผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดบริการหรือการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมที่แน่นอน การสิ้นสุดบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมต้องเป็นความเห็นชอบร่วมกันระหว่างทีมกับผู้รับบริการ ซึ่งหลักการจำหน่ายมีดังนี้
 - 14.1 ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการจำหน่าย หรือสมาชิกภายในทีมเห็นว่าสมควรสิ้นสุดการให้บริการของโปรแกรม
 - 14.2 เมื่อผู้รับบริการสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆที่เป็นเรื่องสำคัญด้วยตนเองได้เช่น การทำงาน การมีสังคม การดูแลตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการกลับเป็นซ้ำเมื่อยุติการให้บริการ หรือผู้รับบริการมีความต้องการที่จะยุติการรับบริการ
 - 14.3 เมื่อผู้รับบริการปฏิเสธหรือไม่ต้องการรับการบริการหรือร้องขอในการสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม ถึงแม้ว่าทีมได้พยายามให้ข้อมูลของการบำบัดรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม

3.5 การประเมินผลลัพธ์

3.5.1 การประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยตรวจสอบจากบันทึกการเข้ารับการรักษาในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม เป็นระยะๆ อย่างน้อย ทุก 2 - 3 เดือน

3.5.2 การประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale: (BPRS) และประเมินภาวะทางอารมณ์ด้วยเครื่องมือ Hamilton Depression Scale: (HRSD) (Yang et al., 2005 level II) ประเมินการใช้ Alcohol ด้วยเครื่องมือ The Alcohol Use Scale (AUS) ประเมินการใช้สารเสพติดด้วยเครื่องมือ Substance Abuse Treatment Scale: (SATS) (Essock et al., 2006 level II)

3.5.3 ประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสอบถามโดยตรงจากผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลจากแหล่งบริการอื่นๆ และใช้เครื่องมือ Quality of Life Interview: (QOLI) (Essock et al., 2006 level II)



บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานที่ให้การบำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยปัญญาอ่อน และผู้ป่วยสารเสพติด จากรายงานของกองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2552 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน เข้ารับการรักษาซ้ำใน 90 วัน จำนวน 105 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมด 1,325 ราย (กองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังขาดความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน และครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะที่ทีมติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนของสถาบันฯ ซึ่งเน้นการเยี่ยมบ้านเป็นทีม ยังมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยที่แผนของการเยี่ยมบ้านประมาณการว่าจะเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้ประมาณ 200 ราย ต่อปี ในขณะที่สามารถเยี่ยมจริงเพียง 70-80 ราย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบใหม่ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อให้สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษารูปแบบการบำบัดเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันฯ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการบำบัดเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในการศึกษานี้ได้ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 6 เรื่อง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 เป็นงานวิจัย systematic review 1 เรื่อง ระดับ 2 เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 1 เรื่อง ระดับ 4 เป็นงานวิจัย one- group pretest-posttest 2 เรื่อง cohort study 1 เรื่อง และระดับ 6 เป็นงานวิจัย correlational study 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สรุปเป็นข้อแนะนำ (recommendation) รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน โดยมีหลักสำคัญในการให้บริการแก่ผู้ป่วยดังนี้คือ 1) เป็นการให้การบำบัดดูแลที่มุ่งกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาจิตเวชรุนแรง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูง 2) ทีมประกอบด้วยหัวหน้าทีม และสมาชิกในทีมซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล

จิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสารเสพติด โดยมีจำนวนสมาชิกทีมประมาณ 7 - 10 คนต่อ 1 ทีม ในบางทีมอาจมีจำนวนสมาชิกไม่ครบทุกวิชาชีพ แต่จะมีการเชิญเข้ามาเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษเป็นบางโอกาส 3) เป็น การบำบัดดูแลเป็นรายกรณี (engaging individuals) ในชุมชนโดยมีการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ (shared caseloads) อัตราส่วนของบุคลากรวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่ำ ประมาณ 1:10 ถึง 1:20 4) มีการประชุมทีมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 5) หัวหน้าทีมหรือผู้ประสานงานจะต้องให้บริการหรือร่วมให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรงอย่างน้อยครั้งหนึ่งของเวลาทำงานหรือ 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 6) รูปแบบของการบำบัดดูแลในชุมชนประกอบด้วย การบำบัด (treatment) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation services) และการสนับสนุนระดับประจักษ์ (support) โดยครอบคลุมกิจกรรมหลัก ดังนี้คือ 6.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการสนับสนุนที่เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย 6.2 การบริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย 6.3 การส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและการดำเนินชีวิตในชุมชน 6.4 ฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำบทบาทหน้าที่และดำเนินชีวิตในชุมชน 6.5 สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน เข้าใจ ยอมรับ มีความรู้และทักษะในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และ 6.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพาทีมผู้รักษา และเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชน โดยไม่มีอาการกำเริบซ้ำอย่างน้อย 12 เดือนจึงจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมได้ 7) มุ่งที่จะบริการเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือในคลินิก 8) เน้นการให้บริการที่มีความยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการในขณะนั้นๆของผู้รับบริการ 9) ถ้าผู้รับบริการอยู่ในภาวะวิกฤติสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง 10) การบริการผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดบริการที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับปัญหาหรือความพร้อมของผู้รับบริการ

4.2 ข้อเสนอแนะ (suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสามารถช่วยลดจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลได้ และมีข้อเสนอแนะในการนำการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มาใช้ในสถาบันกัลยาณิราช นครินทร์ และสถาบันทางจิตเวชอื่นๆที่มีลักษณะผู้ป่วยและบุคลากรใกล้เคียงกับสถาบันฯ ดังนี้

4.2.1 การปฏิบัติงานภายใต้รูปแบบของโปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) อาจมีบุคลากรไม่ครบทุกวิชาชีพ แต่สามารถเชิญบุคลากรในสายงานที่จำเป็นต่อการบำบัดผู้ป่วยแต่ละราย

เข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษเช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการงานอาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ และเภสัชกร มาร่วมในการประชุมปรึกษาเป็นครั้งคราว และในช่วงที่ผู้รับบริการ อาการทางจิตยังไม่คงที่ควรมีการประเมินและวางแผนการบำบัดผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ ถ้าปัญหาไม่รุนแรงอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อความสะดวกและลดค่าใช้จ่าย

4.2.2 ควรมีการระบุนขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน เพื่อให้ช่วยต่อการนำไปปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น หัวหน้าทีมอาจเป็นพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ ที่จบระดับปริญญาโทขึ้นไป และสมาชิกในทีมควรมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบต่างๆ ที่ชัดเจนทั้งในบทบาทผู้จัดการรายกรณีและบทบาทสมาชิกทีมซึ่งมีความสามารถหรือชำนาญพิเศษตามสาขาอาชีพนั้นๆ แต่ปัจจุบันนี้จิตแพทย์มีจำนวนน้อยไม่สามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีได้ แต่อาจเชิญเป็นสมาชิกทีมในลักษณะบางเวลา (part-time) เพื่อเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือในทีมเป็นประจำ โดยแพทย์จะมีหน้าที่สำคัญในการบำบัดด้วยยาทางจิตเวช และเป็นที่ปรึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะโรค และประเมินความก้าวหน้าของโรค ส่วนผู้ช่วยประสานงานภายในทีม (administrative assistance) อาจใช้เจ้าหน้าที่ที่จบระดับปริญญาตรี ซึ่งสถาบันฯ มีโครงการ “ต้นกล้าอาชีพ” สามารถที่จะนำบุคลากรในโครงการนี้มาร่วมภายในทีมได้

4.2.3 เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดดูแลแบบ ACT สูงทั้งในเรื่องค่าเดินทางและใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ดังนั้นในการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ซับซ้อน ผู้จัดการรายกรณี อาจให้บุคลากรหรืออาสาสมัครในชุมชนมาเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นๆ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในชุมชนในการที่จะได้ดูแลผู้ป่วยต่อไปเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรมACT

4.2.4 ควรมีการศึกษาการใช้รูปแบบการบำบัดดูแลแบบ ACT ในผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ที่เป็นโรคเรื้อรังและรุนแรง เช่นผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และผู้ป่วยนิโคติติเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ต่อไป

4.2.5 ควรมีการศึกษาวิธีการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในชุมชนเพิ่มเติมเนื่องจากผลการศึกษาปัจจุบันพบว่า การบำบัดได้ผลเฉพาะช่วยลดปริมาณการเสพยาเสพติดลง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหยุดใช้สารเสพติดได้

รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODEL FOR REDUCING REHOSPITALIZATION
RATES IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS: EVIDENCE – BASED NURSING

ชาติชาย ทันศึก 5036768 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง จากการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของโรคจิตเภท ร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 2000) สำหรับประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 1 เช่นกันนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 38,074 คน เป็น ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 14,038 คน คิดเป็นร้อยละ 36.87 (กรมสุขภาพจิต, 2550) และ จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ แผนกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาจำนวน 1,259 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 580 คนคิดเป็นร้อยละ 44.21 (รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2551) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีโอกาสป่วยเรื้อรังได้สูงโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวมดังนี้ 1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจากการที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ในด้านการขาดแรงจูงใจในการบำบัดดูแลตนเอง โดยเฉพาะการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การทำ

หน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคมบกร่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกเป็นตราบาป ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยกล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ที่มีความจำเป็นได้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2548) 2) ผลกระทบด้านครอบครัว จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2549) พบว่าผู้ป่วยทางจิตเวชจะแตกต่างจากผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไปในด้านอาการทางจิตที่จะเป็นๆหายๆไม่แน่นอน บางวันผู้ป่วยก็อาการดี แต่บางวันก็มีอารมณ์ร้ายหงุดหงิด ทำให้ครอบครัวอยู่ด้วยความหวาดวิตกกังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้ทำงาน ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวโดยตรง จากการศึกษาของ Montgomery, et al. (1985) อ้างในศรีสกุล แจ้คำ (2548) พบว่าญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดน้อยลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานภาวะด้านการเงินเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เช่นรู้สึกยากลำบากในการดูแล ถูกกดดัน มีความทุกข์ที่ต้องรับภาระหนัก ซึ่งผลกระทบจากการเป็นภาระในการดูแล ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว 3) ผลกระทบด้านชุมชนและสังคม จากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นเป็นระยะๆ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไปจนถึงการก่อคดีต่างๆ ซึ่งเป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม (จินดา โสมนัสและคณะ, 2536 อ้างในกัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547) 4) ผลกระทบต่อประเทศชาติ เนื่องจากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรัง รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) และยังมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่ก่อคดีต่างๆ ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นเนื่องจากญาติและชุมชนไม่ยอมรับ ซึ่งส่งผลให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้น โดยส่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยถูกส่งตัวกลับชุมชนต่างๆที่อาการทางจิตต่างๆจะยังคงหลงเหลืออยู่บ้าง และการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลในชุมชน ขณะที่การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในชุมชนยังไม่เพียงพอ จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2548) พบว่าบุคลากรในระดับสถานีอนามัยยังไม่มี ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และจากการศึกษาของ ภัทรา ถิรลาภ และ วรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2546) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีอนามัย ไม่ได้ทำการ

บำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากบุคลากรเห็นว่า งานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังไม่ใช่นโยบายหลัก และการขาดความมั่นใจในการบำบัดดูแล จึงไม่ค่อยได้เยี่ยมผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จากปรากฏการณ์ดังกล่าว เมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ในชุมชน ในขณะที่พยาบาลในชุมชนยังขาดความพร้อมในการดูแล ทีมจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวช จึงยังจำเป็นต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหรือในรายที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษา และการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้มีประสิทธิภาพที่สุด ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นสถานพยาบาล ที่มีหน้าที่หลักในด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชคดีรวมทั้งการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วไป จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ของผู้ศึกษา ก็พบว่าสถาบันฯ มีปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเช่นกัน กล่าวคือผู้ป่วยได้รับการรักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน ในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 105 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่าย 1,325 ราย (กองแผนงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552) ซึ่งปัญหาที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในสถาบันในเวลาอันสั้น สถาบันได้พยายามปรับปรุงแก้ไข โดยการจัดให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในเขตความรับผิดชอบของสถาบัน โดยจัดเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวะบำบัด และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยมีการเยี่ยมผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เดือนละ 3 – 4 วัน เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ทีมสหวิชาชีพสามารถเยี่ยมได้ต่อวันอยู่ที่ 5 – 9 ราย ในปีงบประมาณ 2552 เยี่ยมทั้งหมด 81 ราย ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากสถาบันฯ และเข้าเกณฑ์การเยี่ยมที่บ้าน คือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยนิติจิตเวช และผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำบ่อยมีจำนวนมากกว่า 70 รายต่อเดือน (กองแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์) ในขณะที่แผนการเยี่ยมผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2552 มีเป้าหมายการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 160 ราย และปีงบประมาณปี 2553 มีเป้าหมายที่จะเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 200 ราย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมสหวิชาชีพได้เข้าไปเยี่ยมในชุมชนยังคงเป็นอัตราที่ต่ำและไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมตามเกณฑ์ทั้งหมด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดว่าจะควรมีการศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากและกลับเข้ารับรักษาซ้ำบ่อย ที่มีในปัจจุบันว่ามีรูปแบบใดบ้างที่มีประสิทธิภาพสามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น และสามารถนำมาปรับใช้ในบริบทของผู้ป่วยและสถาบันฯ เพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในสถาบันฯ ต่อไป และเมื่อทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สำคัญมี 5 รูปแบบ (Pratt et al., 2007) คือ 1) รูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) 2) รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive

community treatment) 3) รูปแบบการบำบัดแบบมีตัวแทน (broker case management) 4) รูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strength model) 5) รูปแบบการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation model) และเมื่อวิเคราะห์ผลของการบำบัดพบว่า รูปแบบการดูแลในรูปแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น สามารถให้ประสิทธิผลในการดูแลเท่าเทียมกับรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนถ้าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีแหล่งสนับสนุนในการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เพียงพอ แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในการดูแลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ส่วนใหญ่ยังขาดแคลนแหล่งสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนจึงมีความเหมาะสมกว่า ส่วนลักษณะของรูปแบบมีตัวแทน จะมีข้อจำกัดด้านจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้ป่วยซึ่งค่อนข้างสูง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบได้อย่างทั่วถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบซ้ำสูง ในขณะที่รูปแบบการบำบัดดูแลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths model) สามารถให้ผลดีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก ซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยของสถาบันที่มีอาการทางจิตรุนแรง ส่วนรูปแบบการฟื้นฟูสภาพนั้นจะเน้นการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลัก ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเช่นเดียวกัน ดังนั้นจากการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดข้างต้น จะพบว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) มีความเหมาะสมและน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ดี ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและมีโอกาสกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูง เช่น จากการศึกษาของ Marshall & Colleagues (1998) พบว่าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนนั้น ได้ผลดีในเรื่อง ดังต่อไปนี้ คือ 1) สามารถลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพจิต 3) ลดอัตราการออกจากกระบวนการบำบัดกลางคัน (drop out) 4) ส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคม 5) ญาติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการ และ 6) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบของการบำบัดเชิงรุกในชุมชน จะเป็นรูปแบบของการทำงานเป็นทีมในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบ โดยมีผู้จัดการรายกรณีบำบัดดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 1 คน ต่อผู้ป่วย 10 - 12 คน ขณะที่ยังคงมีการประชุมปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วยเป็นทีมอยู่เช่นเดียวกับที่สถาบันปฏิบัติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ โดยวิธีการบำบัดเชิงรุกในชุมชนนั้น ควรมีกระบวนการและขั้นตอนในการปฏิบัติงานอย่างไร โดยพิจารณาทั้งในเรื่องรูปแบบหรือกระบวนการบำบัด บทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมและผู้จัดการรายกรณี รวมไปถึงผลของการบำบัด โดยวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ว่าเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและบริบทของผู้ป่วยหรือไม่

1.1 วัตถุประสงค์ในการศึกษา (purposes of the study)

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected benefit / outcomes)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดดูแลตามโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. วิธีการดำเนินงาน

การศึกษารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ (ตั้งแต่ 3 ครั้ง/ปีขึ้นไป) ผู้ศึกษามีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้คือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา โดยใช้ PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) เป็นกรอบในการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงตารางสกัดงาน และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) แล้วนำมาสังเคราะห์สรุปเป็นข้อแนะนำ (recommendation) รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิด PICO Framework ของ Craig & Smyth, (2002) จากประเด็นคำถามทางคลินิก “รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงที่มีปัญหาเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ควรมีวิธีการปฏิบัติอย่างไร เพื่อลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” โดย

P (Population): ผู้ป่วยจิตเภท

I (Intervention): โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน การจัดการรายกรณีที่เป็นรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome): ผลลัพธ์หลัก ลดจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์รอง เพิ่มคุณภาพชีวิต

กำหนดคำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ schizophrenia, severe mental illness, assertive community treatment, intensive case management, hospitalization, quality of life

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิต เรื้อรัง รุนแรง มีแนวโน้มในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรอบการสืบค้น คัดเลือกชนิดของงานวิจัยทุกระดับ ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 - ค.ศ. 2009 และเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การศึกษาครั้งนี้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากกระบวนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล www.guideline.gov, Cochrane, ProQuest Nursing, PubMed, CINAHL, Science Direct และการสืบค้นด้วยมือ

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกจำนวน 6 เรื่อง

2.2 การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evaluation of quality and level of evidence) ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) พบว่างานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่องมีคุณภาพดี และใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของมิวนิกและไฟน์เอาท์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) พบระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1 เป็นงานวิจัย systematic review 1 เรื่อง ระดับ 2 เป็นงานวิจัย randomized controlled trials 1 เรื่อง ระดับ 4 เป็นงานวิจัย one- group pretest-posttest 2 เรื่อง และ cohort study 1 เรื่อง ระดับ 6 เป็นงานวิจัย correlational study 1 เรื่อง

2.3 วิเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ละเรื่องลงตารางสกัดงาน และสรุปประเด็นหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table)

2.4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสรุปเป็นข้อเสนอแนะการบำบัดเชิงรุกในชุมชนต่อไป

3. สรุปข้อเสนอแนะ (recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้คือ

การดำเนินโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นการดำเนินการบำบัดในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และมีบุคลากรจากหลายวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ อาจมี

ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นร่วมในทีมสุขภาพ (peer specialist) เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด การดำเนินการตามโปรแกรมในการบำบัดผู้ป่วยแต่ละราย จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรม ACT ดังนี้

3.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรมคั้งนี้ดังนี้ (Burn et al., 2007 Level I & Fam et al., 2007 Level IV) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง (severe mental illness) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาดังต่อไปนี้คือ เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อาการกำเริบซ้ำบ่อยและมีอาการรุนแรง มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดสูง มีปัญหายากในการเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสามารถบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติตามหน้าที่ประจำวัน มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย

3.2 รูปแบบของบริการในโปรแกรม ACT ที่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดควรได้รับ มีดังนี้คือ (Kuno et al., 1999 Level IV)

1) มีการส่งเสริมหรือเอื้อให้มีระบบสนับสนุนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถนะด้านต่างๆของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชมักจะมีภาวะการพึ่งพิงสูง มีความวิตกกังวลสูง ง่ายต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ มีบุคลิกภาพแบบแยกตัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน จึงต้องมุ่งเน้นในการปฏิบัติงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย เข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆในครอบครัว การงานและสังคมเพิ่มมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัยรวมถึงการจ่ายค่าที่พัก ช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการด้านอาหารจากรัฐบาล จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ช่วยสนับสนุนเรื่องยา

3) การส่งเสริมแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน (motivation to persevere and remain involved with life) การให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวหรือแก้ปัญหาต่างๆในการดำเนินชีวิต การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงระบบหรือแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น และรู้สึกว่าได้เป็นผู้มีปัญหามากแต่เพียงผู้เดียว การให้กำลังใจ ให้ความรู้สึกมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง เติมเต็มความหวังและความรู้สึกด้านบวกให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน เช่น การใช้บริการขนส่งมวลชน การฝึกประกอบอาหาร การฝึกการ

ใช้จ่ายเงิน ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายเงิน การส่งเสริมโอกาสในการทำงาน ช่วยผู้ป่วยหางานประเภท อาสาสมัครหรืองานที่เป็นอาชีพ ช่วยติดต่อกับสถานประกอบการต่างๆและให้ความรู้เรื่องการทำงาน คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน จัดระบบการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ป่วยให้พร้อมอยู่เสมอ

5) การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง (ครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย ตัวแทนชุมชน เจ้าของห้องเช่า) เช่นฝึกการบริหารจัดการเมื่อเกิด ภาวะวิกฤติขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและให้จิตศึกษา ช่วยอำนวยความสะดวกในการพาผู้ป่วย ไปพบแพทย์ รวมถึงการช่วยจัดการด้านเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย

6) การส่งเสริมความรู้สึกเป็นอิสระ และพึ่งตนเองได้ (freedom from pathological dependence relationships) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคจิต เวช ให้สุศึกษา การจัดการกับอาการทางจิต การไปตรวจสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเจริญเติบโต อย่างมีอิสระ ในการทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น พัฒนาความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองดูแลตนเองได้ในที่สุด โดยไม่ต้องพึ่งทีมผู้บำบัด

นอกจากบริการที่ผู้ป่วยควรได้รับดังกล่าวข้างต้นนี้แล้ว ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการ บริการเพื่อช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีดังนี้

7) ควรให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ใน ชุมชนได้ด้วยตัวเองไม่กลับเข้ารักษาซ้ำอย่างน้อย 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับเข้ารักษาซ้ำ ในช่วง 9 เดือนแรกของการเข้าโปรแกรมบำบัด (Joannette et al., 2005 level VI)

8) การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน ถ้าจะเน้นการให้ผลด้านการมีงานทำ หรือมีอาชีพ ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกงานอาชีพอย่างเข้มข้น ภายหลังจากที่อาการดีขึ้น ควบคุมอาการ ทางจิตได้ มีการรับรู้ที่ดี มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำงานโดยมีที่ปรึกษาในการปรับตัวต่อ งานและร่วมงานด้วย (Fam et al., 2007 Level IV)

9) การใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านภาษาวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพราะปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการคืออุปสรรคใน เรื่องการสื่อสาร นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นและทำให้ ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น ถ้าจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้ป่วย (Yang et al., 2005 Level IV)

3.3 การบริหารจัดการทีมบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (ACT) จะต้องจัดเตรียมทั้ง ด้านบุคลากร การบริหารจัดการองค์กร และการบริการ ในการจัดทีมดูแลผู้ป่วยประมาณ 50-100 คน ตามมาตรฐานทีมบำบัดควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Burn et al., 2007 Level I; Fam et al., 2007 level IV)

- 1) อัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ประมาณ 1:10 ไม่เกิน 1:20
- 2) ขนาดของทีม จำนวนเจ้าหน้าที่ในทีมประมาณ 7 - 10 คน
- 3) จิตแพทย์ทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลา แต่ต้องมีชั่วโมงทำงานไม่น้อยกว่า 13 - 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 4) มีพยาบาลทำงานเต็มเวลาหรือทำงานไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- 5) ผู้ป่วยจะได้รับบริการต่างๆ โดยตรงจากผู้จัดการรายกรณี หรือสมาชิกทีมเป็นส่วนใหญ่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครบวงจรจากทีมผู้บำบัด จะส่งผู้ป่วยไปรับบริการจากบุคลากรอื่นๆนอกทีมเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับบริการ
- 6) อาจจัดตั้ง ทีม ACT เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวชหรือตั้งเป็นองค์กรหรือศูนย์บริการในชุมชน (separate site)
- 7) มีการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ (shared caseloads)
- 8) มีการประชุมทีม (daily team meeting) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 9) หัวหน้าทีมหรือผู้ประสานงานจะต้องให้บริการหรือร่วมให้บริการกับผู้ป่วย โดยตรงอย่างน้อยครั้งหนึ่งของเวลาทำงานหรือ 20 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ (coordinator provides direct client service)
- 10) มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในศูนย์ หรืออย่างน้อยมี emergency 24-hr on-call
- 11) การให้บริการต่างๆทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้บริการเหล่านี้กับผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง
- 12) การให้บริการในสำนักงานควรใช้เวลาไม่เกินร้อยละ 25 ของเวลาการให้บริการทั้งหมด
- 13) ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องได้รับการบริการจากทีมสหวิชาชีพในทุกรูปแบบ ทั้งการได้รับการบริการโดยตรง การพูดคุยทางโทรศัพท์ การบริการสำนักงานรวมกัน อย่างน้อย 18 ชั่วโมงต่อ 1 เดือน
- 14) การบริการผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดบริการหรือการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมที่แน่นอน การสิ้นสุดบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมต้องเป็นความเห็นชอบร่วมกันระหว่างทีมกับผู้รับบริการ ซึ่งหลักการจำหน่ายมีดังนี้

14.1 ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายของการจำหน่าย หรือสมาชิกภายในทีมเห็น ว่าสมควรสิ้นสุดการให้บริการของโปรแกรม

14.2 เมื่อผู้รับบริการสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นเรื่องสำคัญด้วย ตนเองได้เช่น การทำงาน การมีสังคม การดูแลตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการกลับเป็นซ้ำเมื่อยุติการให้บริการ หรือผู้รับบริการมีความต้องการที่จะยุติการรับบริการ

14.3 เมื่อผู้รับบริการปฏิเสธหรือไม่ต้องการรับการบริการหรือร้องขอในการ สิ้นสุดการเข้าโปรแกรม ถึงแม้ว่าทีมได้พยายามให้ข้อมูลของการบำบัดรักษาอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม

3.4 การประเมินผลลัพธ์

1) การประเมินจำนวนครั้งและ/หรือระยะเวลาการเข้านอนพักรักษาใน โรงพยาบาล โดยตรวจสอบจากบันทึกการเข้ารับการรักษาในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเปรียบ เทียบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม เป็นระยะๆ อย่างน้อย ทุก 2-3 เดือน

2) การประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale: (BPRS) และประเมินภาวะทางอารมณ์ด้วยเครื่องมือ Hamilton Rating Depression Scale: (HRSD) (Yang et al., 2005 level II) ประเมินการใช้ Alcohol ด้วยเครื่องมือ The Alcohol Use Scale: (AUS) ประเมินการใช้สารเสพติดด้วยเครื่องมือ Substance Abuse Treatment Scale: (SATS) (Essock et al., 2006 level II)

3) ประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสอบถามโดยตรงจากผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลจาก แหล่งบริการอื่นๆ และใช้เครื่องมือ Quality of Life Interview: (QOLI) (Essock et al., 2006 level II)

4. ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ในการนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการ ปฏิบัติงาน และศึกษาเพิ่มเติม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรง กับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) สามารถช่วย ลดจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลได้ โดย สรุปเป็นแนะนำในการนำปฏิบัติและศึกษาต่อไปดังนี้

4.1 การปฏิบัติงานภายใต้รูปแบบของโปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) โดยใช้ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 7 - 10 คน ซึ่งจะต้องมีการประชุมทีมอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ สมาชิกในทีม ACT อาจไม่มีบุคลากรครบทุกวิชาชีพ แต่สามารถเชิญบุคลากรในสายงานที่จำเป็นต่อการบำบัด ผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษตามความจำเป็นเช่น การเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกอาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด และเภสัชกร มาร่วมในการประชุมปรึกษาเป็นครั้งคราว การบำบัดผู้ป่วย

ในชุมชนสามารถยืดหยุ่นได้ตามความรุนแรงของปัญหา หรือความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ควรติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อให้บริการหรือประเมินปัญหาและอาการในช่วงที่อาการยังไม่คงที่ทุก 2 สัปดาห์ ถ้าปัญหาไม่รุนแรงอาจใช้การติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อความสะดวกและลดค่าใช้จ่าย

4.2 การนำโปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ ควรมีการระบุนขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น หัวหน้าทีมอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ที่จบระดับปริญญาโทซึ่งสถาบันฯมีบุคลากรดังกล่าวอยู่แล้ว ในส่วนของจิตแพทย์ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ อาจใช้ในลักษณะการปฏิบัติงานบางเวลา (part times) ส่วนผู้ช่วยประสานงานภายในทีม (administrative assistance) อาจใช้เจ้าหน้าที่ที่จบระดับปริญญาตรี ซึ่งสถาบันฯ มีโครงการ “ต้นกล้าอาชีพ” สามารถที่จะนำบุคลากรในโครงการนี้มาร่วมภายในทีมได้

4.3 เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดดูแลแบบ ACT สูงทั้งในเรื่องค่าเดินทางและใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ดังนั้นในการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ซับซ้อน ผู้จัดการรายกรณี อาจให้บุคลากรหรือ อาสาสมัครในชุมชนที่เป็นเครือข่ายในการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นๆ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในชุมชนในการที่จะได้ดูแลผู้ป่วยต่อไปเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม ACT

4.4 ควรมีการศึกษาวิจัยวิธีการบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในชุมชนเพิ่มเติมเนื่องจากผลการศึกษาปัจจุบันพบว่าการบำบัดได้ผลเฉพาะช่วยลดปริมาณการเสพติดลง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหยุดใช้สารเสพติดได้

IMPLEMENTATION OF ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT MODEL
FOR REDUCING REHOSPITALIZATION RATES IN SCHIZOPHRENIA
PATIENT : EVIDENCE – BASED NURSING

CHARTCHAI THANSUK 5036768 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Significance of the study

Schizophrenia is a psychiatric illness which is one of many serious problems in public health today. According to recent studies, the incidence of schizophrenia is 1 - 1.5% (Kaplan & Sadock, 2000) with Thailand having a rate of 1%. Most mentally ill patients being admitted to hospitals in Thailand under Department of Mental Health are schizophrenia patients with 14,038 out of 38,074 psychiatric patients or 36.87% of the total number (Department of Mental Health, 2007). In addition, the number of psychiatric patients receiving treatment at the in-patient department in Galya Rajanagarindra Institute is 580 or 44.21% out of a total of 1,259 (Annual Report, Galya Rajanagarindra Institute, 2008) Schizophrenia highly risks chronic illness especially if the patient does not take sufficient rehabilitation. Furthermore, frequent relapses can cause the patient to be readmitted to the hospital as the result of the lack of continued treatment and not being able to adjust themselves in activities of daily living (Sadock & Sadock, 2000). This affects the patient, families, and society as follows. 1) Patient impact: Frequent relapses result in work degeneration, lack of motivation in self-care of the patient while taking medicines in the program and deficiencies in family, work, and social functions. Moreover, it can

be seen that schizophrenia patients are not readily accepted by society. This leads them becoming stressed, experiencing guilt over their illness, low self-esteem, being afraid of socializing, and ultimately not accessing necessary services (Pennapa Daengdomyuth, 2005). 2) Family impact: The study of Somporn Rungruengkolkkit, et al. (2006) discovered that psychiatric patient is different from pathophysiology that occurs intermittently. The patient's symptoms can improve but the next day they become irritable and frustrated which makes their families nervous about the patient's unstable condition. Since the patient has to receive continuous therapy, and is usually unemployed, the lack of income also affects the family in financial status. According to the study of Montgomery, et al. (1985) cited in Srisakul Jaekham (2005) it was found that there are two types of burdens that affect the feelings of the patients' relatives or care givers: 1) Objective burden is the perception of 5 aspects of life changes which include less privacy, less independence, fewer social relationships, changes in working status, and financial status resulting in health problems. 2) Subjective burden is the feeling of difficulty in care giving, such as tension and distress from being responsible for the patient. These feelings influence their health and happiness. 3) Community and society impact: As the patients develops severe symptoms occasionally, they become unable to control themselves, become aggressive, destroy public property, attack people, or commit a crime that frightens the community (Jinda Somanas et al., 1993 cite in Kannika Sriwongwan, 2004) 4) Nation impact: Since schizophrenia is considered a chronic illness, government expenditures on this problem amount to more than two hundred million baht per year (Department of Mental Health, 2007) with costs rising each year. Many schizophrenia patients who have committed crimes have been hospitalized because their relatives and community do not accept them, and the government has to lose a lot of money on this issue.

Today the policies of Ministry of Public Health emphasize a shortening of hospitalization time of the patient. The patients are being discharged to their family and community care even though their mental illness remains. However, the deinstitutionalization and readiness of personnel in the community are not always adequate. Somporn Rungrueng, et al., said that personnel in primary care unit (PCU) are not confident enough to take care of chronically ill psychiatric patients. Pattra Thiralap & Wilaiwan Kamonkijwattana (2003) stated that fifty percent of psychiatric

staff in PCU do not treat mentally ill patients adequately. They believe that chronically ill psychiatric patients care is not the main policy and also lack the confidence to provide treatment, so they rarely visit these patients. In this situation, when the patient is discharged from the hospital to the community and nurses are not ready or trained to give treatment, multidisciplinary teams from psychiatric hospital have to visit those with severe mental problems or frequent relapses and give treatment to improve self care and offer psycho social therapy so as to help the patients adjust to their family and community efficiently.

The major services of Galya Rajanagarindra Institute are diagnosis, intervention, and rehabilitation for forensic psychiatric patients while also providing treatment to people with basic mental health problems. From direct experience of the investigator working in Galya Rajanagarindra Institute, the Institute also encounters the rehospitalization of the discharged patients. In the fiscal year 2009, there were 105 patients readmitted out of a total of 1,325 discharged within 90 days (Planning Division, Galya Rajanagarindra Institute, 2009). Due to this reoccurrence rate within a very short time, the Institute has implemented a problem where a multidisciplinary team consisting of a psychiatrist, a psychiatric nurse, a clinical psychologist, a psycho social worker, an occupational therapist, and a nurse aid all work together. The team plans to visit the patients three to four times per month or once a week while seeing five to nine patient visits per day. In the fiscal year 2008, the total number of visited patients was 81, while the number of patients discharged from the institute who meet the criteria of the program is more than seventy per month (Planning Division, Galya Rajanagarindra Institute). In the fiscal year 2009 and 2010, the target number of patients is 100 and 200 respectively. Consequently, the ratio of patients visited by the multidisciplinary team in the community to total patients meeting the program criteria is very low and inadequate. Accordingly, the current model of visiting patients with severe mental health illness and re-admittance to hospital should be studied to discover which one is effective and able to provide service to the greatest number of patients, and adapt in the context of patients and the institute in order to minimize the hospital readmission in the future. There are five models of community psychiatric patients treatment (Pratt et al., 2007) intensive case management, assertive community treatment, broker case management, strengths model, and rehabilitation model. From

the treatment result analysis, intensive case management is as effective as community assertive treatment model. However, there is a limitation of specialized manager incapable to help and provide treatment to patients comprehensively. Having resources and personnel available in the community are also essential to success. In other words, if patients' residential community has adequate support, such as a medical care unit, financial support, job training and suitable job for receiving treatment, the program will succeed otherwise if the community cannot provide these basic needs to the patient, the treatment will fail. In Broker case management, there is a problem of the limited number of officers per number of patients needing care; hence, the officers cannot take care of all patients resulting in a high rate of subsequent relapses. In strength model, it is effective in specifically less severe psychiatric patient's who exhibit competency; accordingly, it is not appropriate for patients with severe mental illnesses. Rehabilitation of a patient in the community is the focus of the rehabilitation model; therefore, it is also more suitable for patients with less severe problems. As described in the previous programs, it becomes clear that assertive community treatment model is appropriate for the patients needs and can be adjusted in the context of Galya Rajanagarindra Institute, especially for the severely mentally ill who are prone to readmissions to the hospital. In Marshall & Colleagues study (1998), assertive community treatment programs were found to be effective due to the following: 1) Mental illness in psychiatric patients in the community is reduced. 2) Access to mental health services is promoted to patients 3) Dropout rates can be reduced 4) Social functions are promoted. 5) Patients and their relatives are satisfied with the services offered 6) The length of stay in hospital is reduced. Assertive community treatment is a teamwork effort providing care to responsible psychiatric patients. A case manager is in charge of ten to twenty patients while the discussion of the patient problems with the team has been conducted as same as the Institute. From the evidence based study, it was interesting to examine what kind of model should be used in assertive community treatment of schizophrenia patients with a rehospitalization record in terms of model or treatment process, role and function of team member and case manager, and the result of the treatment. The factors are then analyzed whether they are appropriate for the organization and the patients or not.

1.1 Purposes of the study

To investigate assertive community treatment models for schizophrenia patients in order to reduce the rate of hospitalization based on evidence.

1.2 Expected Outcomes

Schizophrenia patients admitted to the ACT program will be able to extend their community living, enjoy a good quality of life, and reduce their rehospitalization.

2. Methodology

The process of the study on nursing practice using assertive community treatment program for schizophrenia patients with recurrent hospitalization (3 times per year) are as follows. PICO Framework: in Craig & Smyth (2002) is utilized for an evidence based search for evidence relevant clinical problems. Determination of selection criteria for evidence –bases studies. Then the database is sources of evidence –bases studies. Quality and level of the evidence are evaluated. Evidence is analyzed and collected in extract table. After that the evidence based data is synthesized and collected in a collective table. Finally, recommendations are concluded in nursing practice model using assertive community treatment program. The details of the methodology are follows.

2.1 Evidence based search

2.1.1 Framework: PICO Framework of Craig & Smyth, (2002) from the clinical questions “How to implement assertive community treatment model for schizophrenia patients with recurrent hospitalization to reduce the time and/or the length of hospitalization and enhance patients’ quality of life”

P = (Population): schizophrenia patients

I = (Intervention): assertive community treatment program,

C = (Comparison intervention): No comparison intervention

O = (Outcome): main outcome reduction of time and/or length of hospitalization minor outcome enhancement of quality of life

Keyword P schizophrenia, severe mental illness, I assertive community treatment, intensive case management, O hospitalization, quality of life

2.1.2 Research selection and evidence based criteria

The research is related to assertive community treatment for chronically ill and server schizophrenia patients who are prone to re admittance to the hospital according to the criteria in the framework. The selection of all research level published from 1999-2009, and completely analytical English or Thai research only.

2.1.3 Database resources

This study is evidence based research taken from published and unpublished articles in both Thai and English from an electronic database: www.guideline.gov., Cochrane, ProQuest Nursing, PubMed, CINAHL, Science Direct, and manual search. There are 6 studies including 1 systematic review, 1 randomized controlled trials, 2 one- group pretest-posttest, 1 cohort study, and 1 correlational study.

2.2 Evaluation of quality and level of evidence

Quality and level of evidence are evaluated according to Polit & Beck's evaluation of evidence (Polit & Beck, 2004). It was found that all 6 articles are qualified and the criteria for the evaluation of the level of the evidence refer to the system of Melnyk & Fineout-Overholt (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005). The level of evidence are: 1 article in level 1; 1 articles in level 2; 3 articles in level 4 and 1 articles in level 6.

2.3 Evidence based analysis

Evidence is analyzed and collected in extract table and concluded the main topics in the collective table.

2.4 Collective data

The data in the collective table is synthesized to the recommend of characteristics of population, approach and treatment process of the assertive community treatment.

3. Evidence based recommendation

The implementation of Assertive Community Treatment Program (ACT) for schizophrenia patients: The treatment is carried out in the patients' residential community through the disciplinary team comprising a psychiatrist, a nurse, an occupational therapist, a psycho social worker, and other peer specialists such as a

substance abuse specialist. Each case of the treatment process is conducted regardless of the time-limit depending on the willingness and need of service receivers. From the evidence based analysis and synthesis, it is recommended to conduct the ACT program as follows.

3.1 Admission criteria for the assertive community treatment program (Burns et al., 2007 Level I & Fam et al., 2007 Level IV) Patients with severe and persistent mental illness. Psychiatric patients with at least one of the following problems: recurrent hospitalization, persistent and severe illness with substance abuse, high risk of committing crime, and complicated hospitalization. Mentally ill patients with at least one of the following impairment: living situation, employment status, daily functioning, and residence problem.

3.2 Components of ACT program service (Kuno et al., 1999 Level IV)

1) A comprehensively supportive system assertively helping and rehabilitating the patient: Since the characteristics of psychiatric patients are frequently passive, interpersonally anxious, prone to develop severe psychiatric symptom, isolated; these patients fail to keep appointments and drop out of treatment. As a result of this, the ACT program emphasizes the practice in patients' residential community so that the patients are able to access health and social services, function, and enhance their quality of life.

2) A promotion of material resources: The patients are provided suitable and safe accommodation including its expense, food from a government welfare system, clothing, and medicine.

3) A program of motivation to persevere and remain involved with life: It also includes advice to help patients solve real-life problems and access systems or supportive resources in their community. As a result, the patients are better able to improve problem solving skills and will not feel that they are alone. They are also ensured that they will not be abandoned. This can fulfill their hopes and help them to maintain a positive attitude.

4) The rehabilitation of sustained community living: The patients are taught the skills necessary to live in the community such as using public transportation, learning how to preparing simple but nutritious meals, paying money, budgeting money, coping with money problems, assisting with bills, competence of

self financial management. Moreover, the patients are provided work opportunities such as volunteering and vocational jobs, liaison with education employer, job coach for consumer, and prompt supportive system for the patients.

5) Support and education of community members who are involved with patients: These people, such as patients' family, law enforcement personnel, agency people, landlord, etc. Community programs must provide patients with crisis management training, counseling, mental education advice, and medical appointment facilities including entitlements related to law, for instance.

6) A promotion of freedom from pathological dependence relationships: Self-care skill must be promoted such as providing mental illness education, health education, mental illness management, check-up, independent living support, continuous self-esteem improvement; hence, the patients can live their life independently, without team-dependence.

7) The patients should participating in the ACT program more than one year after be not readmitted in the hospital. (Joannette et al., 2005 level VI)

8) For the ACT program to be effective in employment, at least one occupational therapist in the team is needed, patients' symptoms are improved, and they are able to control their mental illness. (Fam et al., 2007 Level IV).

9) The ACT program considers factors of language, culture, and environment of the patients. Communication is also a factor resulting in disability of service access. The rehabilitation will be more effective and satisfied if the activities relate to patients' culture and are in the context of the patients (Yang et al., 2005 Level IV).

3.3 Administration criteria of team members and characteristics of service for 50 patients (Burn et al., 2007 Level 1 ; Fam et al., 2007 level IV)

- 1) The patient to staff ratio is 1:10, not more than 1:20.
- 2) Team size is 7 - 10 persons.
- 3) Psychiatrists work full-time or part-time, but not less than 13 hours per week on duty.
- 4) Nurses work full-time or not less than 30 hours per week.
- 5) Patients are provided direct comprehensive service by the case manager or usually a team member from the team of therapists. For an emergency case, the patients will be transferred to other medical personnel for treatment.

6) An ACT team may be established as a part of the psychiatric hospital or organization or a separate site in the community.

7) Multidisciplinary teams are responsible for sharing caseloads.

8) Team meetings are held at least once a week.

9) The variable for coordinator providing direct client service was rated according to whether the supervisor devoted at least halftime to client contact, either conjointly, during supervision of team member, or individually as part of his or her duties as a member of the team.

10) 24 hours on duty staff or at least emergency 24-hr on-call available.

11) Services must be provided including nursing care, rehabilitation, and health care promotion in the community directly.

12) Office service time should not take less than twenty-five percent of total service time.

13) Individual cases must be provided service by a multidisciplinary team in all aspects including direct medical service, call service, office service making up at least 18 hours per month.

14) Unlimited-time service is available for each patient or a patient discharged from the program. The patients will be discharged regarding to their willingness with the mutual agreement between the patients and the team. Discharge criteria are as follows (Fam et al., 2007 level IV)

A. The patients who have met the discharge criteria or a team member agrees to discharge them from the program.

B. Patients who demonstrate an ability to function in all major role areas such as occupational, social, and self-care function; they don't have to rely on the disciplinary team for assistance. The relapse is not likely to occur as soon as they are discharged, or they are willing to be discharged from the program.

C. Patients refuse to receive service or request for discharge although the team's best efforts to develop an acceptable rehabilitation plan.

3.4 Outcome of study

1) Number and/or duration of hospitalization: The medical records from the hospital compares the data before and after admission to the program at least

every 2-3 months and are measured until improvement of symptoms are stable seen for at least 12 months.

2) Brief Psychiatric Rating Scale: (BPRS) is used to assess general psychiatric symptoms and Hamilton Depression Scale: (HRSD) for mood symptoms (Yang et al., 2005 level II). The Alcohol Use Scale: (AUS) is used to assess alcohol abuse and Substance Abuse Treatment Scale: (SATS) for substance abuse (Essock et al., 2006 level II).

3) To assess the patient quality of life directly, Quality of Life Interview: (QOLI) is used in accordance with considering other resources (Essock et al., 2006 level II).

4. Evidence based suggestions for implementation

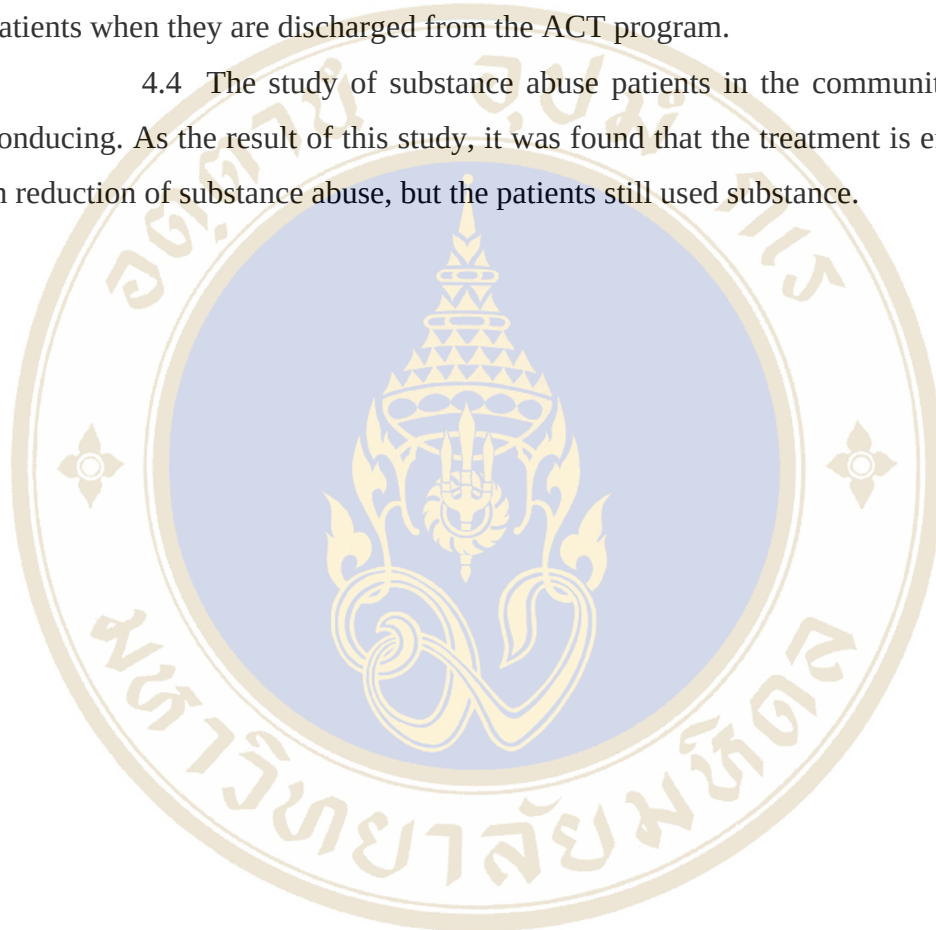
From evidence based review, there are problems related to the topic. ACT program is able to reduce the number and length of hospitalization as the following details.

4.1 For implementation, ACT program comprises 7-10 multidisciplinary team members: team leader who can be a psychiatrist, psychiatric nurse, and psycho social workers with master degree. The meeting must be held every week. ACT team members may not comprise with all professionals officers; those related to other necessary professionals such as an occupational training specialist, a substance abuse specialist, or a pharmacist can be invited to join the team occasionally. The treatment can be flexible depending on the severity of the problem, requirements or needs of the individual patient. Patient contact is needed so that the service or symptoms and problem measure can be done if the symptoms are not stable every two weeks. If the problem is not serious, the telephone contact is more convenient and less costly.

4.2 TO implementation ACT in Galya Rajanagarindra Institute, the responsibility of multidisciplinary should be clearly stated. For example the team leader might be a psychiatric nurse, psycho social workers, clinical psychology who hold a relevance master degree in the institute. The psychiatric might be invited to part times. The administrative assistance might be an institute staff who hold bachelor degree.

4.3 Because of the expensive cost of ACT program including transportation and specialist employment, the process of ACT program in daily life is simple. The case manager can be an officer or volunteer in the community acting as a representative of the network in order to cut the cost and the implementation is likely to be more effective. This will also prepare the officer in the community to treat the patients when they are discharged from the ACT program.

4.4 The study of substance abuse patients in the community should be conducting. As the result of this study, it was found that the treatment is effective only in reduction of substance abuse, but the patients still used substance.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปี 2550. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานประจำปี 2549. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานประจำปี 2548. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กองแผนงาน.
- กาญจนา สุกใจ. (2549). การให้ความรู้ระดับประกอบแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). ผลของการให้จิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์พร ชีระสมบุญ. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 8(1), 49-58.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์. (2545). การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาล ศรีชัยภูมิ, 4(2), 136-138.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2551). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22(1), 1-7.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์การให้การประยุต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: หจก.ฟรี-วัน.
- ภัทรา ถิรลาภและวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา. (2546). การให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตการสาธารณสุขที่ 4. ศูนย์สุขภาพจิตที่4, กรมสุขภาพจิต.

- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2551). *โรคจิตเภท*. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: สหวิทยาการพิมพ์.
- เลอสรณ์ พุ่มชูศรี. (2541). *โรคจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีเรือนแก้ว.
- ศรีสกุล แจ้คำ. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2550). *รายงานประจำปีผลการดำเนินงานของสถาบัน*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2551). *รายงานประจำปีผลการดำเนินงานของสถาบัน*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2552). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการประจำปี 2552*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล*. ขอนแก่น. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์)
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, สมจิต แคนสีแก้ว, ปราณีพร บุญเรือง, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). *การมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว*. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 22(2), 32-41.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, และ สมจิต แคนสีแก้ว. (2548). *ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอิสระ: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน*. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 23(1), 35-45.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2549). *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2545). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุรัตน์ จรบุรณย์. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเภทก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท. วิชานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- हररषा ढरषुषषष. (2551). โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช: ไก่บ้านสมานใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 35(3), 39-48.
- อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์. (2545). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual for Mental Disorders (DSM IV)* (4, Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Burns, T., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshakl, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with mental illness. Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336-340.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The evidence – based practice manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., & Frisman, L. K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for Co-occurring disorder. *Psychiatric Service*, 57(2), 185-196.
- Fam, J., Lee, C., Lim, B. M., & Lee, K. K. (2007). Assertive community treatment in Singapore: A 1 - year Follow – up Study. *Annals Academy of Medicine*, 36(9), 409-412.
- Joannette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S. J., & Krupa, T. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. *American Psychiatric Association*, 56(11), 1387-1393.
- Kaplan & Sadock. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kristin F., & Peter A. (2002). Implementing assertive community care for patients with Schizophrenia. *Nordic College of Caring Science*, 16, 280-286.
- Kim T. M., & Douglas L. N., (2000). *Intergraded treatment for dual disorder: A guide to effective practice [Electronic version]*. New York: The Guilford press a division of Guilford Publications.
- Kuno, E., Rothbard, A. B., & Sends R. G. (1999). Service Components of Case Management Which Reduce Inpatient Care Use for Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 153-167.
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 113-125.
- Meyer, P. S., & Morrissey, J. P. (2007). A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patient in rural areas. *Psychiatric services*, 58(1), 121-127.
- Mueser, K., Born, G. R., & Drake, R. E. (1998). Model of community care for severe mental illness. *Oxford Journal*, 24(1), 37-74.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence base practice in nursing and health care: A guide to base practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- National Alliance of Mental Illness. (2003). NAMI: PACT across America. Retrieved August 13, 2009, from http://www.Nami.org/Template.cfm?Section=ACTA_Center&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=33331.
- National Alliance on Mentall. (2008). NAMI: PACT across America. Retrieved October 13, 2009, from <http://www.Nami.org>.
- NAMI ACT Technical Assistant Center. (2006). PACT Model Fidelity Review. Retrieved October 13, 2009, from <http://www.Nami.org>.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., & Elizabeth, R. E. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.

- Pratt C. W., Gill ,K. J., Barrett, N. M., & Roberts M. M. (2007) . *Psychiatric Rehabilitation, New Jersey*: Elsevier Academic Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Synopsis of Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins.
- Stein, L. I., & Test M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: A conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York: Norton.
- Stephen, J. Z., Geoffrey, M. A., & Stuart, W. (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Service*, 51(11), 1410-1421.
- Yang, y., Law, S., Chow, W., Andermann, L., Sternberg, R., & Sandavoy, J. (2005). Assertive community treatment for person with severe and persistent mental illness in ethnic. *Psychiatric Service*, 56(9), 1053-1055.



ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1

Burn, T., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshakll, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with mental illness. Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336- 340.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่ออธิบายถึงสาเหตุของความไม่แน่นอน ในการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) ในการดูแลตามโรงพยาบาล
ทุน	งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัย
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้คอมพิวเตอร์ค้นหางานวิจัยที่เป็น งานวิจัยเชิงทดลองค้นหาข้อมูลใน MEDLINE , the Cochrane central register of controlled trials, CINAHL, Embase, Medline, PsychINFO inception ที่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลในปี 2007 ค้นโดยใช้คำหลัก คือ intensive case management, case management, assertive community treatment
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt, (2005) ระดับงานวิจัย Level I
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trials) จำนวน 49 เรื่อง คัดเฉพาะงานที่ตรงกับวัตถุประสงค์มากที่สุด เหลืองานวิจัยจำนวน 29 งาน
ระเบียบงานวิจัย	Systematic review and Meta – regression โดยนำงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCTs) จากจำนวน งานวิจัยทั้งหมดจำนวน 49 งานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่เหมาะสมและเข้าเกณฑ์ที่สุดได้ 29 งานนำมาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (Meta-Regression)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	inclusion criteria ค้นหางานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชในการใช้การดูแลแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) ภายใต้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) Excluded งานวิจัยที่เป็นการทดสอบการทำงานเป็นทีม เฉพาะในภาวะวิกฤติ หรืองานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรืองานวิจัยที่เป็นรูปแบบของรูปแบบการจัดการรายกรณีอื่นๆที่ไม่เข้าเกณฑ์
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	วิเคราะห์เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลโดยจำแนกเป็นจำนวนวันต่อ 1 เดือน ดูช่วงเวลาก่อนเข้าโปรแกรม 2 ปี ในช่วงระหว่างที่ทำการทดลองและหลังได้รับโปรแกรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
Research Finding	1. การใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) ภายใต้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน จะให้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะใช้บริการในโรงพยาบาลสูง หรือมีความต้องการการดูแลสูง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หรือ สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง การใช้โปรแกรม ICM จะไม่เห็นผลมากนัก การทำงานเป็นทีมภายใต้รูปแบบของ การบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) สามารถลดการใช้บริการในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้ (coefficient -0.31, -0.57 to 0.03) ผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองที่มีการใช้บริการในโรงพยาบาลสูง หรือผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้นพบว่าสามารถลดอัตราการใช้บริการในโรงพยาบาลได้ (coefficient -0.23, 95% confidence interval -0.36 to -0.09, for hospital use at baseline; -0.44,-0.57 to -0.31 ในกลุ่มควบคุม)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	2. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม ICM จะดีขึ้นถ้าการจัดการภายในทีมสามารถทำได้ตรงตามรูปแบบของการบำบัดเชิงรุกในชุมชน แต่ไม่พบหลักฐานที่เข้มแข็งพอที่จะบอกได้ว่าการมีจำนวนของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมากขึ้นจะให้ผลดีกว่า อภิปรายผล การนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น ภายใต้รูปแบบของการบำบัดเชิงรุกในชุมชนไปใช้นั้นจะเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง เรื้อรัง มีแนวโน้มในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลสูง
การประเมินคุณภาพ 1. คำถามการทบทวนงานวิจัยชัดเจนหรือไม่	- คำถามในการทบทวนงานวิจัยมีความชัดเจน มีการระบุกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาชัดเจนคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิต (depression with psychotic feature) โปรแกรมที่ใช้ในการดูแลกลุ่มประชากรคือโปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) ภายใต้รูปแบบการทำงานเป็นทีมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการศึกษาคือ เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) ภายใต้รูปแบบการทำงานของทีมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) ว่าเพราะเหตุใดผลลัพธ์จากงานวิจัยหลายๆงานจึงไม่สอดคล้องกัน ในเรื่องการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการเข้าโปรแกรม โดยบางงานวิจัยก็เห็นผลในขณะที่บางงานไม่พบความแตกต่างระหว่างการดูแลแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) และการดูแลแบบมาตรฐานเดิม (standard case management)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
2. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์	มีการระบุวัตถุประสงค์การศึกษาชัดเจนคือ เพื่ออธิบายถึงสาเหตุของความไม่แน่นอนของงานวิจัยเชิงทดลอง ในการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (ICM) เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. กลยุทธ์การสืบค้นงานวิจัยครอบคลุมหรือไม่	งานวิจัยมีการระบุการสืบค้นจากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือคือ MEDLINE, PubMed, Embase, the Cochrane Database of Systematic Reviews, and PsycINFO ที่ปรากฏในฐานข้อมูลในปี 2007 แต่ในงานวิจัยไม่ได้บอกถึงคำค้นที่ชัดเจน แต่บอกอย่างเป็นนัยว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบ intensive case management, assertive community treatment
4. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	Inclusion criteria มีการระบุเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยอย่างชัดเจน คือการค้นหางานวิจัยเชิงทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำกัดเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้การดูแลแบบการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) ภายใต้รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) Excluded งานวิจัยที่เป็นการทดสอบการทำงานเป็นทีม เฉพาะในภาวะวิกฤติ หรืองานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรืองานวิจัยที่เป็นรูปแบบของการจัดการรายกรณีอื่นๆ ที่ไม่เข้าเกณฑ์
6. มีรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาที่ละเรื่องหรือไม่	งานวิจัยไม่ได้ระบุรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเข้ามาในแต่ละเรื่อง อาจเนื่องจากมีงานวิจัยในจำนวนมาก จึงบอกเพียงว่าใช้งานวิจัยที่เป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCTs)
7. มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสมหรือไม่	มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยในแต่ละเรื่องมีความคล้ายคลึงกัน คือ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหรือลดการใช้บริการในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
8. มีการสรุปผลการทบทวนหรือไม่	มีการสรุปผลการทบทวนงานวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้น (intensive case management) ว่าควรนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง เรื้อรัง มีแนวโน้มในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสูง
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผลจากงานวิจัยนี้มีประโยชน์ในการวางแผนที่จะนำโปรแกรม ICM ภายใต้รูปแบบของการบำบัดเชิงรุกในชุมชน ไปพิจารณาใช้กับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มในชุมชน เนื่องจากงานวิจัยบอกว่า ลักษณะอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายมีผลต่อความสำเร็จของการใช้โปรแกรมนี้ ยกตัวอย่างเช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็ไม่เหมาะสมที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก มีอาการทางจิตรุนแรง หรือต้องการความดูแลสูง การนำโปรแกรมนี้ก็จะเกิดประโยชน์สูงสุด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ผลจากการศึกษานี้ทำให้ทีมสุขภาพจิต สามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชนว่าจะเหมาะสมกับผู้ป่วยรายใด

เรื่องที่ 2

Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., et al. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorder. *Psychiatric Services*, 57(2), 185-196

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบความผลของการให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม assertive community treatment และ standard case management เปรียบเทียบผลการบำบัดของ 2 โปรแกรม
ทุน	งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุว่าได้รับทุนสนับสนุนในการทำวิจัย
ระเบียบงานวิจัย	ใช้ระเบียบวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) และ โปรแกรมการจัดการรายกรณี (standard case management) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในทั้งสองโปรแกรม (randomized controlled trial)
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีระดับงานวิจัย Level II
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ได้กล่าวไว้ในงานวิจัย
Setting งานวิจัย	เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 site ในเขตชุมชนชานเมือง 2 แห่งของเมือง Connecticut สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากและส่วนใหญ่มีฐานะยากจน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วย Major psychotic disorder เช่น schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder, major depression with psychotic feature จำนวน 205 คน ซึ่งมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย อาศัยอยู่ในชุมชนรอบๆเมือง Connecticut สหรัฐอเมริกา (ใช้สารหรือติดสารเสพติด เช่น สุราหรือสารเสพติดอื่นๆในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) มีการใช้แหล่งบริการหรือสถานบำบัดต่างๆ ดังต่อไปนี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา อย่างน้อย 2 ข้อ คือ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	1) เคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช 2) อยู่ในระยะ psychiatric crisis หรือ respite program 3) เคยเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจิตเวช 4) เคยถูกจำคุก นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้ป่วยที่ไร้ที่อยู่อาศัยหรือมีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอนขาดทักษะในการดำรงชีวิต ไม่ได้รับสวัสดิการจากรัฐบาลเช่น ตัวแลกอาหาร ผู้ป่วยจิตเวชที่กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาลที่กำลังเตรียมจำหน่าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย Exclusion criteria ผู้ป่วยปัญญาอ่อนหรือมีเงื่อนไขเรื่องการใช้ยา (medical condition)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	เครื่องมือประเมินผลของการใช้สารเสพติด ใช้เครื่องมือ Drugs Use Scale: (DUS) ประเมินการใช้แอลกอฮอล์ ใช้เครื่องมือ Alcohol Use Scale: (AUS) ประวัติเกี่ยวกับเรื่องที่อยู่อาศัยหรือการเข้ารับรักษาตัวตามโรงพยาบาลหรือสถาบันต่างๆ ใช้แบบบันทึกด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่างและใช้ข้อมูลเพิ่มเติมจากแผนกผู้ป่วยนอกตามโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยไปรับการรักษา 1 ปีก่อนเริ่มวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตประเมินโดยเครื่องมือ Quality of Life Interview: (QOLI) โดยตรงร่วมกับดูข้อมูลจากแหล่งอื่นๆร่วมด้วย (objective data) การวัดระดับอาการทางจิตใช้เครื่องมือ BPRS นอกจากการประเมินดังกล่าวข้างต้น ทีมวิจัยยังมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยเพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลลัพธ์เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และใช้เครื่องมือทั้งหมดตามที่กล่าวมาติดตามประเมินผู้ป่วยไปตลอดระยะเวลาการทำวิจัยและภายหลังวิจัยสิ้นสุดลง (ติดตาม 3 ปีภายหลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม)
การบำบัด	เมื่อเตรียมข้อมูลของผู้ป่วยพร้อมแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการสุ่มผู้ป่วยเข้าในแต่ละโปรแกรม (ACT, standard case management) โดยใช้

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	ระบบ คอมพิวเตอร์ แบ่งเป็น site 1 และ site 2 ทีมของ ACT จะใช้รูปแบบการทำงาน ACT โดยยึดจากตัวอย่างงานวิจัยซึ่งใช้ Model – guideline process และมีการฝึกรูปแบบการปฏิบัติงานโดยผู้ทำวิจัย (KM,RD) โดยเน้นในเรื่องของความจำเป็นหลักๆ เช่น ให้การรักษาโดยตรงกับผู้ติดสารเสพติดโดยสมาชิกในทีม ใช้รูปแบบของ stagewise co-occurring model ภายใต้รูปแบบของ MI 8 ขั้นตอนให้การบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (co-occurring) และจัดทีมเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม รูปแบบของการบำบัด stagewise ภายใต้รูปแบบ MI มี 8 ขั้นตอนดังนี้ 1. pre – engagement ระยะก่อนนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 2. Engagement ระยะเริ่มนำผู้ป่วยเข้าโปรแกรม 3. Early persuasion ระยะเข้าสู่การบำบัด ผู้ป่วยมีการติดต่อกับทีมผู้บำบัดอย่างสม่ำเสมอ แต่อาจยังมีการใช้สารเสพติดอยู่ 4. Late persuasion ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดการใช้สารเสพติดได้ยาวนานมากกว่า 1 สัปดาห์ 5. early active treatment ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการบำบัดเต็มรูปแบบ และสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้นานมากกว่า 1 เดือน 6. Late active treatment การบำบัดขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ 1 – 5 เดือน 7. Relapse prevention ระยะที่ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ 6 – 12 เดือน 8. In recovery or remission ขึ้นทุเลาหรือฟื้นหาย ผู้ป่วยสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้มากกว่า 1 ปี ทีมของ Standard Case Management ประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานต่างๆ เน้นองค์ประกอบและการจัดการของทีมสมาชิกภายในทีมไม่มีการ share caseloads แต่มีการร่วมมืออภิปราย case ร่วมกัน ทั้ง 2 model (ACT, standard case management) ให้การบริการในชุมชนเป็นหลัก โดยมีแพทย์ทำงานให้การสนับสนุนผู้ป่วย

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	และมีผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดให้การรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย โปรแกรม standard case management รับผิดชอบผู้ป่วยในจำนวนที่มากกว่าโปรแกรม ACT ประมาณ 2 เท่า (ACT 1: 10-1: 15; ICM 1: 25) และมีการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทั้ง 2 ทีมได้รับการฝึกในการเป็นผู้ให้การบำบัดจากผู้ทำวิจัยเท่าๆ กัน (KM,RD) ในการบำบัดทั้ง 2 โปรแกรมนั้นจะมีการประเมินแบบรวบยอด (comprehensive assessment) เมื่อเริ่มเข้าสู่โปรแกรมการบำบัดแล้วทีมจะมีการติดตามประเมินผลทุกๆ 6 เดือน ตลอดช่วงเวลา 3 ปี
ผลการวิจัย	เมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง 3 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความรุนแรงของอาการทางจิต การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ลดลง มีคุณภาพชีวิต การมีที่อยู่อาศัย ดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม และพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งการกลับเข้ารับรักษาซ้ำก็ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนเข้าโปรแกรมบ่อยๆ จะพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ACT หลังเข้าโปรแกรมบำบัดจะกลับเข้ารับรักษาน้อยกว่า กลุ่ม CM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดทั้ง 2 โปรแกรมประสบผลผลสำเร็จได้พอกัน แต่โปรแกรม ACT จะเห็นผลเร็วกว่าในการลดการใช้สารเสพติด ผลจากงานวิจัยนี้มีประโยชน์ในการนำข้อมูลเรื่องการเตรียมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดหรือสุรา ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ - พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปประกอบการตัดสินใจในการให้การบำบัดผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งทั้ง 2 โปรแกรมนั้นต่างก็มีจุดเด่นหรือข้อจำกัดที่แตกต่างกัน (กล่าวคือการดูแลแบบ ACT ผู้ป่วยจะใช้สารเสพติดน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่ต้องใช้ case manager มากกว่า standard case management 2 เท่า)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- สามารถนำผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเกี่ยวกับสารเสพติดเข้าร่วมในการบำบัดได้ผลดี
ความสอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาทาง คลินิก	งานวิจัยฉบับนี้ มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาสนใจ ในเรื่องการหารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ใช้โปรแกรม ACT ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยๆของสถาบันฯ พบว่าการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นปัจจัยหนึ่งที่ ให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ่อยๆเช่นกัน
การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Psychiatric Service Vol. 57. No2, pp 185- 196 เป็นวารสารนานาชาติและมีชื่อเสียงสอดคล้องกับเรื่องที่ตีพิมพ์ 2. ผู้ทำวิจัย Essock, Mueser & Drake ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในเรื่องที่ทำวิจัยเป็นอย่างดีเนื่องจากเป็นบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์จาก Mount Sinai School of Medicine 3. งานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงผู้สนับสนุนด้านทุนวิจัย 4. คุณภาพงานวิจัยในงานวิจัยฉบับนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบ randomized control trial level II ซึ่งมีคุณภาพระดับดี
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (transferability of finding) มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับรักษาซ้ำบ่อยๆส่วนหนึ่งมีการใช้สุราและสารเสพติดเช่นเดียวกับในงานวิจัย และสถาบันมีหน่วยจิตเวชชุมชนที่จะติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนอยู่แล้ว ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนจะเป็นการสนองนโยบายของสถาบันได้เป็นอย่างดี 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implementation) มีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้ เนื่องจาก หน่วยจิตเวชชุมชนมี

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	นโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และนิติจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนอยู่แล้วแต่หน่วยงานก็มีข้อจำกัดในเรื่องมีบุคลากรน้อย อาจจำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์ ที่ชัดเจนขึ้นว่าผู้ป่วยกรณีใด ใช้การดูแลแบบ cases management กรณีใดที่จะใช้รูปแบบการลงไปดูแลผู้ป่วยทั้งทีม เหมือนที่เคยปฏิบัติ หรือกรณีใด ควรให้การส่งต่อให้บุคลากรในพื้นที่ดูแลต่อเนื่องแทน และกรณีใดจึงจะใช้ การดูแลแบบ ACT และต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริง ทั้งด้านนโยบาย บุคลากร และทรัพยากร การเขียนวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติและบทบาทสมาชิกในทีมที่ชัดเจน และเนื่องจากบุคลากรในหน่วยจิตเวชจะมีจำนวนน้อย อาจจำเป็นต้องเชิญบุคลากรด้านอื่นๆเข้าร่วมทีมเป็นครั้งคราว หรือเป็นที่ปรึกษา หรือฝึกอบรมการปฏิบัติที่จำเป็นให้สมาชิกในทีม เช่น การบำบัดผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายที่เรื้อรังหรือรุนแรง เป็นต้น 3. ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ (cost-benefit ratio) การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน สามารถป้องกันการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐในการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการลงไปดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้บุคลากรทั้งทีม แต่อย่างไรก็ตามการไปดูแลที่บ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอึดอัดและไม่อยากให้มีเจ้าหน้าที่ไปติดตามเยี่ยมที่บ้านเนื่องจากกลัวคนในชุมชนรังเกียจได้ ซึ่งปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวให้พิจารณาข้อดีข้อเสียของการบำบัดโดยวิธีนี้และมีการเตรียมชุมชนให้เข้าใจผู้ป่วยภาวะโรคและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

เรื่องที่ 3

Kuno, E., Rothbard, A. B., & Sands, R. G. (1999). Service Components of Case Management Which Reduce Inpatient Care Use for Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 153-167.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์งานวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดของโปรแกรม case management (CM) กับโปรแกรม intensive case management (ICM) ในผู้ป่วยจิตเวช
ทุน	ไม่ปรากฏแหล่งทุน
ระเบียบวิธี	เป็นการวิจัยโดยใช้ข้อมูล secondary data เปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การบำบัดแบบ CM และ ICM ภายใต้ บริบทของ ACT ซึ่งพบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) Level IV
สมมติฐานงานวิจัย	1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ ICM มีการกลับมารักษาซ้ำ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการแบบ CM 2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบ ICM มีการติดต่อกับทีมผู้ให้การดูแลภายหลังการจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ CM
Setting งานวิจัย	เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้โปรแกรม ICM และ CM ของ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ในเมืองฟิลาเดเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคมของรัฐ ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทและโรคผิดปกติทางอารมณ์ (chronic mood disorder) อายุระหว่าง 18 – 59 ปี เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลรักษาจิตเวช อย่างน้อย 60 วันใน 1 ปี ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 90 วันของโรงพยาบาลในชุมชนเมืองฟิลาเดเฟีย ในช่วงวันที่ 1 พ.ย. 1988 – 31 ธ.ค. 1991 ผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีอาการทางจิตอยู่และมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เคย

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	เข้ารับการบริการจากศูนย์บริการสุขภาพจิตหลายๆ แห่งของเมืองฟิลาเดเฟีย เช่น หน่วยบริการฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์บำบัดฟื้นฟูด้านสังคม partial hospital และ community residential rehabilitation service (CRR) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม CM = 80 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ICM = 84 คน
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประเมินจาก แฟ้มประวัติการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันในการนอนในโรงพยาบาล และการมา follow up ของผู้ป่วย
การบำบัด	ดำเนินการโดยอ้างอิงรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนแบบใกล้ชิดที่มีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีการประสานบริการในชุมชนและการดูแลทางคลินิกโดยใช้การดูแลแบบเข้มข้น จริงจัง ใกล้ชิด ดังนี้ 1. การหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัยรวมถึงการจ่ายค่าที่พัก ช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการด้านอาหารจากรัฐบาล จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ช่วยสนับสนุนเรื่องยาดูแลให้ได้รับยาตามคำสั่งแพทย์ ให้ความรู้เรื่องยาอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และช่วยจัดการด้านเอกสารต่างๆ 2. ฝึกทักษะการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น การใช้บริการระบบขนส่งมวลชน การฝึกประกอบอาหารง่ายๆแต่มีคุณค่าทางโภชนาการ ฝึกการใช้จ่ายเงิน ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายเงิน ฝึกการแก้ปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย ช่วยดูแลเกี่ยวกับใบเรียกเก็บเงินต่างๆ (assist with bills) ส่งเสริมศักยภาพในการบริหารเงินด้วยตนเอง ให้โอกาสในการทำงาน (work opportunity) ช่วยผู้ป่วยหางานประเภทอาสาสมัครหรืองานที่เป็นอาชีพ (help to find volunteer and vocational) ช่วยติดต่อกับสถานประกอบการต่างๆและให้ความรู้เรื่องการทำงาน (provide liaison with education employer) คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเรื่องการทำงาน (serve as job coach for consumer)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (ต่อ)	3. ส่งเสริมแรงจูงใจในการใช้ชีวิตในชุมชน (motivation to persevere and remain involved with lift) ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด การให้คำปรึกษา ส่งเสริมการใช้กระบวนการแก้ไขปัญหา (problemoriented approach) ส่งเสริมทักษะการติดต่อสื่อสาร ให้ความรู้สึกมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง เติมเต็มความรู้สึกลบ จัดระบบการช่วยเหลือสนับสนุนให้พร้อมอยู่เสมอ บูรณาการเรื่องการให้คำปรึกษาให้เป็นงานประจำ 4. ส่งเสริมความรู้สึกละเป็นอิสระจากโรค (freedom from pathological dependence relationships) การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิต ให้สุขศึกษา การจัดการกับอาการทางจิต พาผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพ ส่งเสริมทักษะด้านการสื่อสาร สนับสนุนให้ผู้ป่วยเจริญเติบโตด้านพัฒนาการอย่างเป็นอิสระได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิง 5. สนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางกฎหมาย ตัวแทนชุมชน เจ้าของห้องเช่า) เช่น ช่วยในการฝึกการบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤติขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาและให้จิตศึกษา ช่วยอำนวยความสะดวกในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
ผลการวิจัย	พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการแบบ ICM มีอัตราของการ admitted น้อยลงและจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการแบบ CM อย่างมีนัยสำคัญที่ ($p < .01$) แต่จำนวนคนที่เข้ารับการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ICM 65 % CM 76 % , $p > .11$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	สามารถนำโปรแกรมการจัดการรายกรณีอย่างเข้มข้นในรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ลดจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มการมาติดต่อกับแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชได้

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับ ปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยฉบับนี้ มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ ศึกษาสนใจ คือ ACT สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิต พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติภายใน ขอบเขตหน้าที่ ในการเป็นผู้บำบัด เป็นผู้จัดการรายกรณีและเป็นสมาชิก ในทีมหรือหัวหน้าทีมได้ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถทำได้จริง แต่ อาจต้องเริ่มด้วยการร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากการ ปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งอาจต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่หลายๆ ฝ่าย เช่น พยาบาลจากสถานีนามัย พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล ชุมชนหรืออาสาสมัครชุมชน เป็นต้น
การมีความหมายหรือ คุณค่าในเชิงของ ศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ มีความน่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้ตีพิมพ์ในนิตยสาร Community Mental Health Journal, Volume 35, Number 1 pp 153-167 เป็นวารสารนานาชาติสอดคล้องกับเรื่องตีพิมพ์ 2. ผู้ดำเนินงานวิจัย Eri, Rothbard & Sands เป็นบุคลากรจาก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย 3. งานวิจัยเป็นลักษณะเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีข้อดีคือเมื่อ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่พบความ แตกต่าง แต่งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือไม่ได้ให้รายละเอียดวิธีและ กระบวนการบำบัดของสองโปรแกรมนี้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติ	1. เปรียบเทียบความรู้สู่การปฏิบัติจริงงานวิจัยมีความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติ และมีความเป็นไปได้จริงในการทำวิจัย แต่อาจต้อง อาศัยความร่วมมือในหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สถาบัน กัลยาณิราชนครินทร์ได้มีเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพอยู่แล้ว ซึ่งจะ ช่วยให้การทำงานประสบผลสำเร็จได้ง่ายยิ่งขึ้น 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทีม สุขภาพจิตของสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ สามารถนำโปรแกรม ACT มาปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารักษาซ้ำบ่อยๆของสถาบันได้

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	อยู่แล้วเนื่องจากบุคลากรของสถาบันมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและรุนแรง แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากทีมบริหารของหน่วยงานด้วย 3. ความคุ้มทุน คุ้มประโยชน์ สามารถปฏิบัติได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและญาติ ประโยชน์ที่ได้รับย่อมเกิดแก่ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติซึ่งจะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านต่างๆ ทั้งการ readmit และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เรื่องที่ 4

Yang, y., Law, S., Chow, W., Andermann, L., Sternberg, R. & Sandavoy, J. (2005). Assertive community treatment for person with severe and persistent mental illness in ethnic. Minority group. *Psychiatric Service*, 56(9), 1053 – 1055.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในชนกลุ่มน้อยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
ทุน	ได้รับทุนจาก unique tracked
ระเบียบงานวิจัย	ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ one group pretest-post test
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีระดับงานวิจัย Level IV
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุ
setting งานวิจัย	เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้โปรแกรม assertive community treatment ในชนกลุ่มน้อยของประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังจำนวน 66 คนคัดเลือกจากชนกลุ่มน้อยในประเทศแคนาดา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อพยพมาจากเอเชีย ซึ่งประกอบไปด้วยชนชาติจีน ทมิฬ เวียดนาม คาริเบียน แอฟริกา ออสเตรเลีย
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประเมินจากจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการกลับเขามารักษาซ้ำ ทั้งก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดโดยโปรแกรม ACT รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับการบำบัด ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตโดยใช้เครื่องมือ BPRS และประเมินภาวะอารมณ์จากเครื่องมือ HRSD
การบำบัด (intervention)	ดำเนินการโดยอ้างอิงรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนแบบใกล้ชิดที่มีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีการประสานบริการในชุมชนและการดูแลทางคลินิกโดยใช้การดูแลแบบเข้มข้น จริงจัง ใกล้ชิด (เหมือนเรื่องที่3) ทีม

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพดำเนินงานจำนวน 10 คน จำนวนเจ้าหน้าที่แพทย์ต่อผู้รับบริการ 1: 6 - 1: 10 เจ้าหน้าที่ในทีมมีความเข้าใจในพื้นฐานด้าน ภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นเป็นอย่างดี การจัดเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปให้การบำบัดนั้นจะต้องสามารถพูดได้ 2 ภาษา กล่าวคือ สามารถพูดภาษาของผู้ป่วยได้ด้วย นอกจากนี้ยังต้องมีความ เข้าใจเรื่อง วัฒนธรรมประเพณี ลักษณะของถิ่นที่อยู่อาศัย ของกลุ่มตัวอย่างได้ สามารถให้การบริการตามความต้องการของผู้ป่วย มีการประเมินความต้องการทางจิตสังคมเพื่อวางแผนในการให้บริการแบบครอบคลุม รวมทั้งการคำนึงถึงด้าน วัฒนธรรมและการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยตามแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มฝึกโยคะ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มทำก๊วยเตี๋ยว (China noodle) เป็นต้น มีการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในบางครั้งเช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติโดยทำในชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและญาติ ประเมินจากเครื่องมือวัดระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 24 ข้อ คะแนนระหว่าง 24 – 168 คะแนนสูงถือว่าอาการรุนแรง ประเมินภาวะอารมณ์จากเครื่องมือ Hamilton Rating Depression Scale (HRSD) คะแนน 0 – 68 คะแนนสูงถือว่าอาการรุนแรง ประเมินระดับความพึงพอใจโดยใช้เครื่องมือ Consumer Survey Scale
ผลการวิจัย	เปรียบเทียบระหว่าง 1 ปีก่อนเข้าโปรแกรม และ 1 ปีหลังเข้าโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มีอัตราจำนวนครั้งของการ admitted และจำนวนวันของการนอนในโรงพยาบาลน้อยลงกว่าในช่วงก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ - จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย admitted ลดลงจาก 106 ครั้งเป็น 43 ครั้ง

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 108 ± 113 เป็น 19 ± 39 วัน ($Z = -5.32$) $p < .001$ - คะแนน BPRS ลดลง $57.27 \pm 20.23 - 45.44 \pm 5.54$ เฉลี่ย -11.84 ($t = 4.56$, $df = 54$, $p < .001$, paired t test) - คะแนน HRSD ลดลง 12.13 ± 7.2 to 8.62 ± 5.5, เฉลี่ย -3.51 ($t = 3.25$, $df = 54$, $p < .01$, paired t test) - ความพึงพอใจโดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบได้แบบสมบูรณ์ทั้งหมด 55 คน ร้อยละ 91 พอใจมาก
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผลจากงานวิจัยนี้มีประโยชน์เป็นในการนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งในเขตรับผิดชอบพบว่ามีผู้ป่วยต่างด้าวเช่น พม่า ไทยใหญ่ ลาว มารับการรักษาและเป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเป็นอันตราย ซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด มีความพึงพอใจในชีวิต ญาติ หรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชนอกจากนี้ งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างยังเป็นกลุ่มคนไทยเป็นส่วนใหญ่ น่าจะเป็นการง่ายต่อการนำมาประยุกต์ใช้ ในผู้ป่วยต่างภาษา หรือต่างวัฒนธรรมที่ต้องมีผู้ให้บริการเข้าใจวัฒนธรรมและภาษาของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ในสังคมได้ยาวนาน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมไปถึงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ของรัฐบาลลงได้ ดังนั้นงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นหลักฐานที่ยืนยันได้อย่างแน่ชัดว่า การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนโดยทีมบุคลากรสหวิชาชีพนั้น สามารถเพิ่มระยะเวลาของการอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องความแตกต่างด้านขนบธรรมเนียม ประเพณีที่ต่างจากตัวของผู้ป่วยจากสถานที่อยู่ในปัจจุบันแต่อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้ภาษา ซึ่งต้องนำไปพิจารณากับทีมต่อไปในอนาคต

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยฉบับนี้ มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาสนใจ คือการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนวันที่ลดลงเมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นกลับเขามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล งานฉบับนี้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม การที่จะส่งเสริมให้การนำโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นที่ผู้ให้การบำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในภาษาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยเหล่านั้น
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Psychiatric service. Vol 56, No 9, pp1053-1055 เป็นวารสารนานาชาติและสอดคล้องกับเรื่องที่ตีพิมพ์ 2. ผู้ทำการวิจัย Yang, Law, Chow, Andermann, Steinberg, และ Sadavoy เป็นเจ้าหน้าที่ของแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล Mount Sinai เมืองโตรอนโต 3. ได้รับทุนจาก unique tracked 4. คุณภาพงานวิจัย ใช้ระเบียบงานวิจัยเชิงทดลอง แต่ไม่มีการสุ่มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นชนกลุ่มน้อย หรืออพยพมาจากประเทศอื่นๆ โดยใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน ประเมินผลด้านอาการทางจิต จำนวนครั้งของการ admit จำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล ประเมินผลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (one group pretest -posttest)
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	ชื่อเรื่อง การใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นชนกลุ่มน้อย แสดงถึงกลุ่มประชากรในการศึกษาในงานวิจัยที่ชัดเจนคือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งรุนแรงและเรื้อรังในชนกลุ่มน้อย และการให้ intervention คือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน เหตุผลในการทำวิจัยนี้ระบุว่า ผู้ทำวิจัยต้องการทราบว่า การใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนนั้น จะสามารถใช้ได้ผลหรือไม่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางด้าน ภาษา ประเพณีและวัฒนธรรม เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วงานวิจัยที่ผ่านมา มีการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มคนทั่วๆ ไปในอเมริกา แคนาดาและบางส่วนของยุโรปเท่านั้น

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (ต่อ)	งานวิจัยมีการระบุวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยที่ชัดเจนว่าต้องการทดสอบการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนกับผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นชนกลุ่มน้อย มีการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอ (66 คน) มีการระบุงานวิจัยนี้เป็นเชิงทดลองแต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทดสอบก่อนและหลังการให้โปรแกรม
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	สามารถเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง 1. ทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีเป้าหมายหลักในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่นมีภาวะเป็นอันตรายต่อสังคม สร้างความเดือดร้อนต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน หรือรายที่มีการกลับมารักษามากกว่า 3 ครั้งต่อปี ซึ่งตรงกับข้อค้นพบของงานวิจัยที่ว่า โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการกลับมารักษามาก และต้องการการดูแลสูง นอกจากนี้ในพื้นที่รับผิดชอบของสถาบัน ยังมีผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้าน เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม เช่นชาวพม่า ไทยใหญ่ ลาว หรือผู้ป่วยชาวไทยที่อพยพมาจากภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งงานวิจัยนี้จะสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว 2. มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง อยู่ในขอบเขตที่ทีมจิตเวชชุมชนสามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความคล้ายคลึงกับการปฏิบัติแบบเดิม ไม่ต้องเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่มาก และสถาบันฯมีเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชให้มากขึ้นอยู่แล้ว 3. ความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์ สามารถปฏิบัติได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและญาติผู้ปฏิบัติทราบว่าผู้ป่วยลักษณะอย่างไรที่เหมาะสมจะให้การดูแลด้วยโปรแกรมนี้ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเยี่ยม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความประหยัดทั้งด้านงบประมาณและ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	เวลาในการเยี่ยม นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน ยังจะสามารถเพิ่มจำนวนการเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะตอบสนองนโยบายของสถาบันฯ ในการเพิ่มอัตราการเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเยี่ยมให้มากยิ่งขึ้น

เรื่องที่ 5

Fam, J., Lee, C., Lim, B. M., & Lee, K. (2007). Assertive community treatment in Singapore: A 1- year Follow – up Study. *Annals Academy of Medicine*, 36(9), 409-412.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในช่วงเวลา 1 ปีของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสิงคโปร์
ทุน	ไม่ได้กล่าวไว้ในงานวิจัย
ระเบียบงานวิจัย	one – group pretest-posttest study
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) มีระดับงานวิจัย Level IV
สมมุติฐานงานวิจัย	ไม่ระบุไว้ในงานวิจัย
Setting งานวิจัย	เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง โดยใช้โปรแกรม assertive community treatment ในผู้ป่วยจิตเวชประเทศสิงคโปร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2003 – ธันวาคม 2005
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	คัดเลือกผู้ป่วยจากประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง (ใช้เครื่องมือ BPRS ในการวัดระดับความรุนแรง) บกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี เคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่า 3 ครั้งในช่วง 1 ปีก่อนเข้าโปรแกรม
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	ประเมินจากจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการกลับเขามารักษาซ้ำ ทั้งก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดโดยโปรแกรม ACT และอัตราการมีงานทำของผู้ป่วย
การบำบัด (intervention)	ดำเนินการโดยอ้างอิงรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนของ Stein & Test (1980) (เหมือนเรื่องที่ 3) ทีมประกอบไปด้วย จิตแพทย์ 1 คน ผู้จัดการทีม 1 คน (medical officer) นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน นักอาชีวบำบัด 1 คน (occupational therapist)

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
ผลการวิจัย	เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระหว่าง 1 ปีก่อนเข้าโปรแกรม และ 1 ปีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มีอัตราจำนวนครั้งของการ admitted ลดลงร้อยละ 57.1 และจำนวนวันของการนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่าในช่วงก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ (ร้อยละ 61.9) เปรียบเทียบด้านการประกอบอาชีพ พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้ป่วยมีอัตราการมีงานทำมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ (odds ratio = 9.69) (ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้เพิ่มขึ้น 38 คน)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผลจากงานวิจัยนี้มีประโยชน์เป็นอย่างยิ่งในการนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดรวมทั้งการสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถประกอบอาชีพได้
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยฉบับนี้ มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาสนใจ คือการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท
การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Annal Academy of Medicine, Vol 36, No 9 pp 409-412 เป็นวารสารด้านการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์สอดคล้องกับเรื่องที่ตีพิมพ์ 2. ผู้ทำการวิจัย Fame เป็นบุคลากรของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติของสิงคโปร์ Cheng, Lim และ Lee บุคลากรด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาล woodbridge สังกัดกรมสุขภาพจิตของประเทศสิงคโปร์ 3. งานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงผู้สนับสนุนด้านทุนวิจัย 4. คุณภาพงานวิจัย one group pre-post test Level IV
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามและบรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ทำวิจัยคือสามารถใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนกับกลุ่ม

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
แนวโน้มนำไปใช้ในการปฏิบัติ	ประชากรชาว เอเชีย สามารถลดจำนวนการกลับมารักษารักษาซ้ำ ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและผู้ป่วยมีอัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น สามารถเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามและบรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ทำวิจัย คือสามารถใช้โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนกับกลุ่มประชากรชาว เอเชีย สามารถลดจำนวนการกลับมารักษารักษาซ้ำ ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและผู้ป่วยมีอัตราการมีงานทำเพิ่มขึ้น สามารถเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง 1. ทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีเป้าหมายหลักในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง มีปัญหาย่อยยากซับซ้อน 2. มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง อยู่ในขอบเขตที่ทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์สามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความคล้ายคลึงกับการปฏิบัติแบบเดิม ไม่ต้องเพิ่มขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่มากนัก และสถาบันฯ มีเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชให้มากขึ้นอยู่แล้ว 3. ความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์สามารถปฏิบัติได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและญาติผู้ปฏิบัติทราบว่าผู้ป่วยลักษณะอย่างไรที่เหมาะสมจะให้การดูแลด้วยโปรแกรมนี้ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเยี่ยม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความประหยัดทั้งด้านงบประมาณและเวลาในการเยี่ยม นอกจากนี้การใช้โปรแกรม ACT ยังจะสามารถเพิ่มจำนวนการเยี่ยมผู้ป่วยได้มากขึ้น

เรื่องที่ 6

Joannette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S. J., & Krupa, T. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. *American Psychiatric Association*, 56(11), 1387-1393.

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เพื่อกำหนดการใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชน (ACT) ว่าผู้ป่วยจะกลับมา admit เมื่อใด 2. เพื่อทำนายระยะเวลาของการอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชให้แม่นยำมากขึ้น
ทุน	งานวิจัยไม่ได้ระบุแหล่งทุน
ระเบียบวิธีวิจัย	Correlational study
ระดับงานวิจัย	ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt (2005) Level VI
สมมุติฐานงานวิจัย	งานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงสมมุติฐาน
Setting งานวิจัย	ดำเนินงานในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ใน Southeastern Ontario ประเทศแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชรวมถึงผู้ป่วยสารเสพติดที่ยังมี อาการทางจิตอยู่ มีความต้องการการดูแลสูง และต่อเนื่อง บกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างทุกรายเซ็นยินยอมก่อนเข้าโปรแกรม ติดตามผู้ป่วยทั้งหมด 333 คนเข้ารับการบำบัดแบบ ดูแลในโปรแกรมการบำบัดดูแลในชุมชน ACT ใน 3 รูปแบบ โดย 117 คน เข้าโปรแกรม the psychosocial rehabilitation program, 105 คนเข้าโปรแกรม the community integration Program และ 111 คนเข้าโปรแกรม assertive community treatment program
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	วัดช่วงระยะเวลาภายหลังการให้โปรแกรม ACT เสร็จสิ้นจนกระทั่งผู้ป่วย เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลซ้ำ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention)	การให้โปรแกรม ACT ซึ่งประกอบไปด้วย 3 รูปแบบ คือ 1. assertive community treatment program 2. the psychosocial rehabilitation program 3. the community integration program แต่ละโปรแกรมดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเน้นการทำงานในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ การบำบัดโดยใช้ โปรแกรม ACT ใช้โปรแกรมที่มีการพัฒนาโดย Stein & Test (1980) เป็นรูปแบบการดูแลที่มีการประสานบริการในชุมชนและการดูแลทางคลินิกโดยใช้การดูแลแบบเข้มข้น จริงจัง ใกล้ชิด รูปแบบการดูแล (เหมือนเรื่องที่ 3) และมีรูปแบบของการปฏิบัติงาน จะถูกประเมินว่าปฏิบัติตามโปรแกรมมาตรฐานของ ACT หรือไม่โดยประเมินจากแบบประเมิน indicator of high fidelity in an assertive community treatment (IFACT) ของ McGrew (1994) ซึ่งกำหนด โปรแกรมมาตรฐาน ของ ACT ทีมและลักษณะการให้บริการ กับผู้ป่วยในความรับผิดชอบของทีมประมาณ 50 คน โดยมีหลักดังนี้ 1. อัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ประมาณ 1:10 ไม่เกิน 1:20 2. ขนาดของทีม จำนวนเจ้าหน้าที่ในทีมประมาณ 7 -10 คน 3. จิตแพทย์ทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลา แต่ต้องมีชั่วโมงทำงาน ไม่น้อยกว่า 13 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 4. มีพยาบาลทำงานเต็มเวลาหรือทำงานไม่น้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 5. ผู้ป่วยจะได้รับบริการต่างๆโดยตรงจากผู้จัดการรายกรณีหรือสมาชิกทีมเป็นส่วนใหญ่ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ครบวงจรจากทีม ผู้บำบัดจะส่งผู้ป่วยไปรับบริการจากบุคลากรอื่นๆ นอกทีมเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับบริการ 6. อาจจัดตั้ง ทีม ACT เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวชหรือตั้งเป็นองค์กรหรือศูนย์บริการอิสระในชุมชนก็ได้

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การบำบัด (Intervention) (ต่อ)	7. มีการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพ (shared caseloads) 8. การประชุมทีม (daily team meeting) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 9. หัวหน้าทีม หรือผู้ประสานงานจะต้องเป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วย โดยตรง หรือนิเทศทีมงานหรือร่วมให้บริการผู้ป่วยด้วยอย่างน้อยครั้งหนึ่งของเวลาปฏิบัติงานหรือ อย่างน้อย 20 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ 10. มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมงในศูนย์ หรืออย่างน้อยมี emergency 24-hr on- call 11. การให้บริการต่างๆทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ควรให้บริการเหล่านี้กับผู้ป่วยในชุมชนโดยตรง 12. การให้บริการในสำนักงานควรใช้เวลาไม่เกินร้อยละ 25 ของเวลา การให้บริการทั้งหมด 13. ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องได้รับการบริการจากทีมสหวิชาชีพในทุก รูปแบบทั้งการ ได้รับการบริการโดยตรง การพูดคุยทางโทรศัพท์ การบริการ สำนักงาน รวมกัน อย่างน้อย 18 ชั่วโมงต่อ 1 เดือน 14. การบริการ ผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดบริการ หรือการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมที่แน่นอน การสิ้นสุดบริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมต้องเป็น ความเห็นชอบร่วมกันระหว่างทีมกับผู้รับบริการ
ผลการวิจัย	หลังการติดตามผู้ป่วยทั้งหมด 333 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 9 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และจะเข้ารับการรักษาน้อยครั้งลง หลังจากเข้ารับการรักษาในครั้งแรก พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 ที่ไม่เคยต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเป็นเวลาถึง 7 ปี หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม แต่พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วยและเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโปรแกรมที่มีโรงพยาบาลรองรับ (the psychosocial rehabilitation program) ก็มีแนวโน้มเข้ารับการรักษาซ้ำสูงเช่นกัน

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (program of assertive community treatment) เป็นโปรแกรมที่มุ่งพัฒนาเพื่อการโอนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นโปรแกรมที่ได้รับการศึกษาค้นคว้าและพบว่าเป็นโปรแกรมที่สามารถลดอัตราการ readmit ได้จริง และงานวิจัยนี้ยังสามารถทำนายช่วงเวลาในการรับเข้ารักษาซ้ำว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 9 เดือนแรกภายหลังเข้าโปรแกรม ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรสุขภาพจิตสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษาการหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ผลของงานวิจัยนี้บอกว่าผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการบำบัดดูแลโดยโปรแกรม ACT สามารถอยู่ในชุมชนได้นานมากขึ้นและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 2. งานวิจัยนี้สามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลคนไข้ และเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลในเรื่องของการให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพงานวิจัยนี้มีความเกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง ในการบำบัดดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน ซึ่งพยาบาลคือหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ที่จะเข้าไปให้การบำบัด ดูแลผู้ป่วยในชุมชน
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Psychiatric Service. Vol. 56 No11, pp1387-1393 เป็นวารสารนานาชาติที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับเรื่องที่ตีพิมพ์ 2. ผู้ทำวิจัย Judih เป็นบุคลากรจากภาควิชาการวิจัยและจิตเวชศาสตร์ Lawson บุคลากรจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ Eastabrook เป็นอาจารย์พยาบาล และ Krupa บุคลากรด้านการฟื้นฟู 3. งานวิจัยไม่ได้ระบุว่าได้รับทุนในการวิจัยวัตถุประสงค์ของการศึกษาบอกไว้ชัดเจนคือ ต้องการทราบช่วงระยะเวลา ในการอยู่ในชุมชน ของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจากเข้าโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน การอภิปรายผล มีการระบุถึงข้อจำกัดของงานวิจัยว่า ประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้อาจเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปไม่ได้ เนื่องจากไม่มีการ

ชื่อเรื่อง	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงศาสตร์ (ต่อ)	สู่กลุ่มตัวอย่างเข้ามาและถึงแม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการลดอัตราการ มารักษาซ้ำ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถิติแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาซ้ำในช่วง 9 เดือนแรก ข้อมูลเกือบ 25 % ของผู้ป่วย ที่เข้าร่วม โครงการ ภายหลังปีที่ 7 ไม่มีการกลับเข้า admit ซ้ำอีก 1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ ผลการวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ ของงานวิจัย กล่าวคือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนสามารถลดอัตรา การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและสามารถดูระยะเวลาในการ อยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังเข้าโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับ ลักษณะการทำงานของทีมจิตเวชชุมชนในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มี เป้าหมายในการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง เรื้อรังและมีแนวโน้มเป็นอันตราย ต่อสังคม มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ลักษณะของประชากรมีความคล้ายคลึงกัน กับประชากรในงานวิจัยจึง เหมาะที่จะนำข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ไป ประยุกต์ใช้ในบริบทของสถาบัน ฯ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ลักษณะการ ดำเนินงาน อยู่ในขอบเขตที่ทีมจิตเวชชุมชนของสถาบันสามารถปฏิบัติได้ ไม่จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่มาก สถาบันมีทีมจิตเวชชุมชนอยู่แล้ว แต่ ก็ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารของหน่วยงานด้วย 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ การนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปปฏิบัติ สามารถทำได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ปฏิบัติทราบว่า ช่วงเวลาใดที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือช่วงใดที่ลดการ ดูแลแบบใกล้ชิดลง นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลอย่างได้ผล ซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาล

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นายชาติชาย ทนศึก
วัน/เดือน/ปีเกิด 1 มกราคม 2520 อายุ 32 ปี
สถานที่เกิด จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2548 (หลักสูตรต่อเนื่อง)
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10170
โทรศัพท์ 02-8826776
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ทวีวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10170
โทรศัพท์ 02-8899066-67 ต่อ 2211- 2212 มือถือ 081- 8268018
E-Mail address: thansuk@hotmail.com