

กรณีศึกษา

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

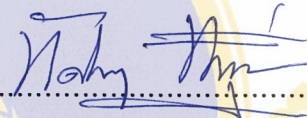
กรณีศึกษา

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน



นางนพภััสสร วิเศษ

ผู้ศึกษา



นางสาวทัศน ทวีคูณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

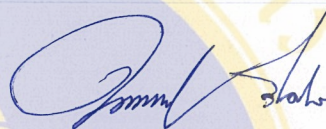
เรื่อง

กรณีศึกษา

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

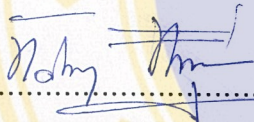
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552



นางนพัสสร วิเศษ

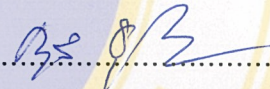
ผู้ศึกษา



นางสาวทัศน ทวีคุณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ดร. ชุณหะวัณ,

ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



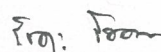
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.ทัศน ทวีคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ได้ให้ ข้อคิด คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ แนวทางการทำสารนิพนธ์ พิจารณาตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ จนกระทั่งสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนให้กำลังใจโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบ ขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุดและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและได้ให้คำแนะนำตลอดมา

กราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษายาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา ให้การสนับสนุนผู้ศึกษาให้มีโอกาสได้ ศึกษาต่อ และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ได้ทำหน้าที่แทนในระหว่างที่ศึกษาต่อในครั้งนี้ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจให้ผู้ศึกษาทำสารนิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี รวมทั้งผู้รับบริการที่ช่วยแบ่งปันประสบการณ์ ให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสดูแลเรียนรู้

กราบขอบพระคุณ คุณแม่ชลอ วิเศษ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ช่วยให้กำลังใจ จนกระทั่งได้สำเร็จการศึกษา และขออุทิศบุญกุศล ในส่วนดีของสารนิพนธ์นี้แด่ คุณพ่อสมบุญ วิเศษ

นพภััสสร วิเศษ

กรณีศึกษา การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
A CASE STUDY OF CASE MANAGEMENT FOR SCHIZOPHRENIA FOLLOWING
A PSYCHIATRIC HOME CARE CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE

นพภัศสร วิเศษ 4836252 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านนา ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาในการให้การดูแลตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 5 ราย จากนั้นได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการจัดการรายกรณี ได้แก่ การค้นหา คัดกรอง ประเมินผู้ป่วย วางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแลตามแผน ประเมินผลการดูแล และขั้วยุติและส่งต่อ สำหรับรูปแบบของการจัดการรายกรณีครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่มีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี และเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีการเปลี่ยนแปลงของระดับสมรรถภาพที่ดีขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางสังคมเพิ่มขึ้น ไม่มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้การดูแล สำหรับบทเรียนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การปรับการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ การปรับแผนการเยี่ยมผู้ป่วย และการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้ในอนาคตจะมีความเป็นไปได้ในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในหน่วยงาน จิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนาแล้วนั้น ผลที่ได้ยังจะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี / ผู้ป่วยจิตเภท

212 หน้า

A CASE STUDY OF A CASE MANAGEMENT FOR SCHIZOPHRENIA FOLLOWING
A PSYCHIATRIC HOME CARE CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE

NOPPUSSORN WISES 4836252 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (Nursing),
SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the feasibility of implementing case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline so as to provide care to schizophrenia patients residing in an area under the responsibility of Baan Na Hospital. In the present study, the sample consisted of five schizophrenia patients who had problems with care and who met the inclusion criteria previously set. The case management was implemented including searching, screening, and assessing the patients; planning for care, carrying out care as planned; evaluating care outcomes; and terminating care and referring patients. In this study, a psychiatric nurse acted as the case manager who provided direct care to schizophrenia patients based on a psychiatric home care clinical nursing practice guideline. The findings showed that all five schizophrenia patients had positive changes in their capability, improved self-care efficacy including efficacy to perform daily living activities and to participate in social activities. They were not readmitted into the hospital due to relapses during the 12-week study period, and, as well as their family members or caregivers, had satisfaction with the provision of care. As for the lessons learned in this study, the findings revealed that the work of the multidisciplinary team, the home visiting plans, and clinical nursing practice guideline need to be adjusted. Based on the findings, it can be concluded that it is feasible to implement case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline at the psychosocial therapy unit at Baan Na Hospital so as to increase the efficiency and effectiveness of care provided to schizophrenia patients.

KEY WORDS: CASE MANAGEMENT / SCHIZOPHRENIA

212 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคจิตเภท	12
การจัดการรายกรณี	29
รูปแบบการดูแลผู้ป่วย แบบการจัดการรายกรณี	32
กระบวนการ และขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดการรายกรณี	34
บทบาท หน้าที่ ของผู้จัดการรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ	36
ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี	49
แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	44
บทที่ 4 ผลการศึกษา	54
บทที่ 5 อภิปรายผล	75
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา บทเรียนที่ได้ และข้อเสนอแนะ	82
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	87
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	108
รายการอ้างอิง	134
ภาคผนวก	149
ประวัติผู้ศึกษา	212

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท	55
4.2	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและระดับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	71
4.3	ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 2000) สำหรับในประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2549 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (ศูนย์สารสนเทศ; 2551) และจากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง ร้อยละ 51.53 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) อาการของโรคจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ แม้รักษาแล้วอาการจะยังคงหลงเหลืออยู่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Cunningham, 2007) มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดี ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเจ็บป่วยเรื้อรัง และร้อยละ 10 มีความเสื่อมและความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มาก (Gillam, 2006) นอกจากนี้ผลจากการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ (Relapse) ถึงร้อยละ 50- 70 และอาจมีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง (เพชร คันธสายบัว, 2548)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อเศรษฐกิจของประเทศ ผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมถึงการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ จะทำงานไม่ได้เช่นเดิม และทำงานไม่ค่อยสำเร็จขาดสมาธิในการทำงาน บางคนรู้สึกไม่มีแรง อ่อนเพลีย นอกจากนี้การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร กลัวคนอื่นรู้อาการผิดปกติของตน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่การเกิดความตึงเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแลขาดการ

พักผ่อนนอนหลับ จากการที่ผู้ป่วยง่วงนอน ไม่นอนเวลากลางคืน ส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง สุขภาพทรุดโทรม และบางครั้งได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547) นอกจากนี้จากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ทำให้ไม่ได้รับทราบข่าวสารและแหล่งสนับสนุน เกื้อกูลช่วยเหลือจากสังคม เป็นผลให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งครอบครัวอับอาย และ พยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยทางจิตเวช (สถิต วงศ์สุร-ประภิต, 2542) ผลกระทบต่อชุมชน โดยทั่วไปแล้ว ชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บางครั้งชุมชนรู้สึกสงสารที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ในบางครั้งจะรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น ส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัว รังเกียจ และหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จากการศึกษาพบว่าวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทสูงสุดในกลุ่มโรคจิตเวชถึงร้อยละ 54.5 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการกินยา หรือฉีดยาตามแผนการรักษาตลอด ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ส่งผลต่อความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเทศตามมา (พิเชษฐ์ อุดมรักษ์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการเสริมสร้างหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เน้นบริการในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีนโยบายรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ในอนรักษาระยะเวลาอันสั้น เน้นบรรเทาอาการทางจิตในระยะวิกฤติเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถรับรู้ตนเอง สามารถสื่อสาร และควบคุมตนเองได้ จะได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนต่อไป (จันทร์หา ชีระ-สมบุญ, 2543)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน พบว่าอยู่ไม่นานกลับมีอาการกำเริบซ้ำ และกลับเข้ามารักษาระยะสูง (เพชร คันธสายบัว, 2548) จากการศึกษาพบปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีหลายด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำร้ายญาติและผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) บางรายไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) แต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ(มารศรี ปาณิวัตร, 2548) มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เช่น คีโมสุรา สุบุนหรี (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) 2) ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา (Cunningham, 2007) ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มี

การปรับขนาดยา โดยลดหรือเพิ่มยาเอง ใช้ยาผิดวิธี ไม่ถูกต้องตามขนาดของการรักษา (เพชรี คันธ-
สายบัว, 2548) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) การที่
ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดจากความเบื่อไม่อยากกินยาด้วยอาการข้างเคียงที่ทำให้ง่วงนอน
ทำงานไม่ได้ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง หงุดหงิด รู้สึกอึดอัดที่ต้องกินยาจิตเวช มีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทาน
ยา (ราตรี อินทรีย์, 2541) ผู้ป่วยบางรายหยุดกินยาเอง เมื่ออาการทางจิตสงบลง คิดว่าตนเองหายดีแล้ว
(Mervin & Stephen, 2002) 3) ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและบุคคล
ในครอบครัวลดลง มีพฤติกรรมแยกตัวมากขึ้น (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บางรายไม่กล้าเข้าร่วม
กิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รวมทั้งครอบครัวมองผู้ป่วยว่ามีอาการป่วยอยู่
ตลอดเวลา (มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547) 4) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว จากการศึกษาของ
มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความ
ดูแล ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว เกิดหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มี
เวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการกินยาต่อเนื่อง บางครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลให้ไม่
สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ รวมทั้งการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้ต้องหยุดงาน
ประจำ (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) การที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสีย
ค่าใช้จ่าย ในการเดินทางสูงกว่าค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
5) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มี
รายได้ประจำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ทำงานได้ตามปกติ จะเริ่มมี
ความสามารถและความทนต่องานเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม และ
ไม่มีสมาธิทำงาน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541)

จากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปรักษาต่อที่บ้านดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นำมาซึ่ง
การทบทวนถึงวิธีการให้การดูแลรักษา โดยที่การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ
หลักๆ ได้แก่ ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะบำบัดรักษาในชุมชน ระยะรักษาตัวใน
โรงพยาบาล ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตและสังคม (มานิช
หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะ
เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด
เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาและต้องคอยควบคุมการรักษาด้วยยา
(มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ผู้ป่วย
ซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)
และการรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัด (Psychotherapy) ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
(อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549) กิจกรรมบำบัด (Activity therapy groups) นิเวศน์บำบัด (Milieu

therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และครอบครัวบำบัด (Family therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ส่วนระยะบำบัดรักษาในชุมชน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบแล้ว และได้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษุ, 2548) การบำบัดรักษาในชุมชนเป็นระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Stuart & Laraia, 2005) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ คือ 1) การบำบัดรักษาด้วยยาจิตเวช (treatment) 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การสอนทักษะชีวิต ฝึกการทำงานอาชีพ การศึกษา การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (Roffolo & Nichols, 1994) การดูแลมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ตามสภาพปัญหาที่ยุ่ยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลบำบัดรักษาในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Rosenheck, Hoff, Steinwachs & Lehman, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (Clark et al., 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีปัญหาที่อยู่อาศัย ลำบากเรื่องการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lehman, 1999) จากปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน ดังกล่าว จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ขึ้น

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ทีมสหวิชาชีพร่วมมือกันวางแผนให้การดูแล (Care Maps) เป็นรายกรณีที่บ้าน กำหนดผู้จัดการหลัก (Case manager) เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง และติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548; Mueser, 1998) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การส่งเสริมและฝึกทักษะ การปฏิบัติงานทักษะชีวิต การจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต (Roffolo & Nichols, 1994) รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล จากการศึกษาระสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ลดปัญหาการถูกล่าม้าง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; ผลารัตน์ ถาวรวงศ์และคณะ, 2548; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548) ลดการถูกจำคุก (Mueser et al., 1998) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม (วรสุดา ทองรักษ์, 2550) ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น (ผลารัตน์ ถาวรวงศ์ และคณะ, 2548) ลดอาการกำเริบซ้ำ (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548) ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล (สุนันทา ศรีสาคร, 2550) ทั้งช่วยลดอาการรุนแรงทางจิต ทำให้สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้สารเสพติด (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สันชัย จำจิตรขึ้น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008; Chan et al., 2000) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วรารักษ์ มารักษา, 2548) กลับเข้าทำงานได้เร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและอยู่ในชุมชนนานขึ้น (Mueser et al., 1998) ผู้ป่วยและ

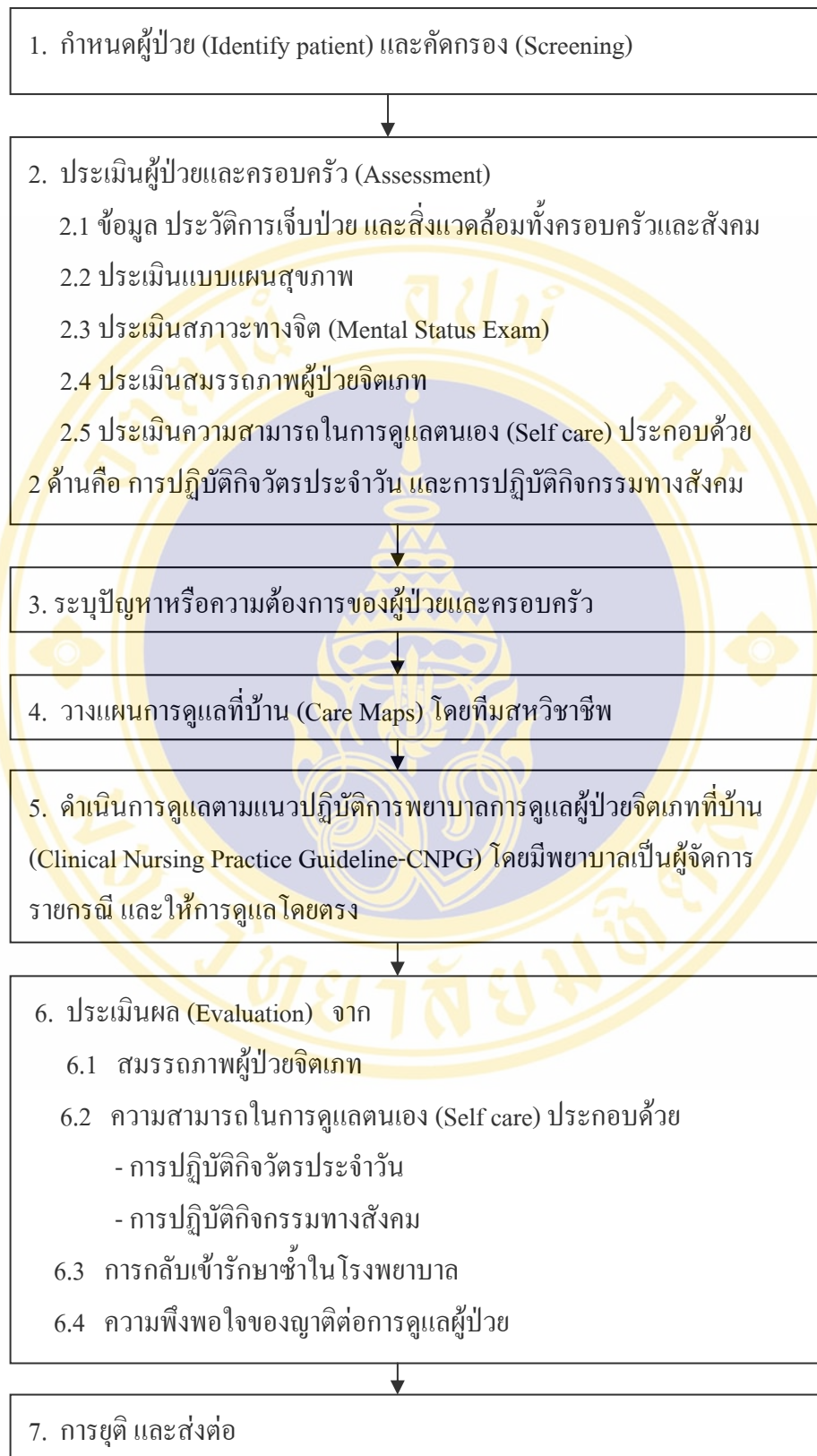
ครอบครัวพึงพอใจต่อการบริการดูแล (Roffolo & Nichols, 1994; Mueser et al., 1998) ความสามารถในการดูแลตนเอง และสมรรถภาพทางสังคมดีขึ้น (Killaspy et al., 2006) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ยืดเวลากลับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งต่อไป สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องขึ้น (นวพร ตรีโษษฐ์, 2544; ถัดดา ศักดาเดชฤทธิ์, 2546; Chan & Wong, 1999)

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวช มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา จากข้อมูลในทะเบียนบันทึกผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2548-2550 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 130, 142 และ 154 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านนา, 2550) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ยังมีการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงบ้านซึ่งไม่ตรงกับอาการหรือโรคที่เป็น เกิดอาการกำเริบสูงในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3 ราย ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 34 ราย ในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2551 พบปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ถูกต้องในด้านต่างๆ จากสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) จากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ขาดทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ 2) ระบบการรักษาในปัจจุบันมีนโยบายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้นเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และให้กลับไปฟื้นฟูที่บ้าน แต่ขาดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องทำให้เกิดการกำเริบป่วยซ้ำสูง 3) ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาและสารเสพติดร่วมด้วย มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีผลกระทบต่องานผู้ป่วยและครอบครัวดังกล่าว ดังนั้นการดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวมีปัจจัยหลายด้านที่ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ความพร้อมและความเลื่อมล้ำด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เมื่อเกิดปัญหาเหล่านี้ต้องเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการวางแผนการดูแลแตกต่างกันไปเป็นรายกรณี เพราะปัญหาและความต้องการแตกต่างกันแต่ละราย จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการจัดการรายกรณี มีประสิทธิผลทั้งต่อผู้รับบริการ ญาติ หรือครอบครัวผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้ว และเป็นระบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพซึ่งพยาบาลจิตเวช มีเอกสิทธิ์หรือบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะบทบาทเป็นผู้จัดการหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และบทบาทการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในทีมให้การดูแลร่วมกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าโรงพยาบาลบ้านนา ยังไม่มีรูปแบบและไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต่อเนื่องชัดเจน จึง

มีความสนใจในการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งพัฒนาโดย จลี เจริญสรรพ และคณะ (2548) มาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครั้งนี้ ได้นำกรอบแนวคิดของ Cohen (1996) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยที่การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแนวคิดมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ป่วยจิตเภทและญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผนดูแลรักษาตามสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคลครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดผู้จัดการหลัก (Case manager) และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และใช้แผนการดูแลร่วมของทีมสหวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Cohen (1996) มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นกำหนดผู้รับบริการ (Identify) และคัดกรองผู้ป่วย (Screening) 2) ขั้นประเมินผู้ป่วย และครอบครัว (Assessment) จากด้านต่างๆ ได้แก่ จากการศึกษาข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมทั้งครอบครัวและสังคม จากการประเมินแบบแผนสุขภาพ จากการประเมินสถานะทางจิต (Mental status exam) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม 3) ขั้นระบุปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ขั้นวางแผนการดูแลที่บ้าน (Care Maps) 5) ขั้นดำเนินการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Clinical Nursing Practice Guideline - CNPG) พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี และให้การดูแลโดยตรง 6) ขั้นประเมินผลการดูแล ประเมินจากสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ความสามารถในการดูแลตนเอง (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม) การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแล และ 7) ขั้นการยุติและส่งต่อ ดังกรอบแนวคิดในการศึกษาที่แสดงต่อไปนี้



แผนภูมิ 1 กระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลบ้านนา โดยมีประเด็นในการศึกษาดังต่อไปนี้ คือ

1. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยประเมินจากผลลัพธ์ดังต่อไปนี้คือ (1) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท (2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care) ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม (3) การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และ (4) ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ปัจจัยส่งเสริมผลสำเร็จและปัญหาหรืออุปสรรคของการนำระบบการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ โดยศึกษาปัจจัยดังกล่าวในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดำเนินการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้าน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการหลัก
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และลดการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมและบกพร่องด้านต่างๆ ทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ

ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือ เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน เป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน อาจมีบทบาทเป็น ภรรยา สามี บิดา มารดา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง หรือผู้ที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัวเดียวกัน

และให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือเป็นผู้ดูแลที่รับภาระด้านเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ลักษณะอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท เรื่องความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การแสดงออกทางวาจา ท่าทาง การเข้าสังคม การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัย การช่วยเหลืองานบ้าน การประกอบอาชีพ การเคลื่อนที่ในชุมชน และการรับประทานยา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2546)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่สนองตอบต่อความต้องการในชีวิตประจำวันด้วยตนเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตของตนเองได้ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) **ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำเนินชีวิตที่บ้านซึ่งครอบคลุมเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) **ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำต่อครอบครัว หรือสังคมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม และความสนใจสิ่งแวดล้อม (สุวิมล สมิตตะ, 2541)

การกลับเข้ารับการรักษาล่วงหน้าในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และกลับเข้ามารับการนอนรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลาที่ดูแล 12 สัปดาห์

ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต่อกระบวนการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมทีมดูแลที่บ้าน

วางแผนการดูแลที่บ้าน (Care Maps) เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้นล่วงหน้า เพื่อกำหนดทิศทางการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย เป้าหมายของกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ และผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพในแต่ละกิจกรรม แบ่งการดูแลที่บ้านออกเป็น 3 ระยะๆ ละ 4 สัปดาห์ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ จลี เจริญสรรพ (2548) คือ ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-4 ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 5-8 ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 9-12

แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งพัฒนาโดย จีลี เจริญสรรพ (2548) ประกอบด้วย กิจกรรมหลักๆ 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 6) การจัดการกับความเครียด 7) กิจกรรมส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

หมายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในแต่ละราย ซึ่งมีขั้นตอนและกระบวนการดูแลโดยมี ทีมสหวิชาชีพร่วมกันประชุมวางแผน และเขียนแผนการดูแล (Care Maps) ไว้ล่วงหน้าตลอดระยะเวลาในการดูแล และติดตามผู้ป่วย โดยที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและมีการประสานผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพในรายที่จำเป็น

ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามขั้นตอนกระบวนการจัดการรายกรณี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ทีมรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านนา ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพงานจิต-สังคมบำบัด เกษตรกร พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลงานประกันสุขภาพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพภายนอก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ในเขตอำเภอบ้านนา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร คู่มือ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1) โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 การดำเนินโรคและลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 ผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท
- 1.6 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
 - การรับตัวไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล
 - การบำบัดรักษาในชุมชน

2) การจัดการรายกรณี

- 2.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี
- 2.2 ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี
- 2.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลโดยการจัดการรายกรณี
- 2.4 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.5 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี
- 2.6 กระบวนการและขั้นตอนของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.7 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี
- 2.8 ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาล
- 3.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
- 3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1) โรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิตเวช มักจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรัง จนทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม การดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2541; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้หลากหลาย สามารถสรุปได้ดังนี้

มานิต ศรีสุรภา และจำลอง ดิษยวณิช (2542) กล่าวว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจาก “schism” หมายถึง ความแตกแยกของ ความคิด (Thought) อารมณ์ (Emotion) และพฤติกรรม (Behavior)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2548) ให้คำจำกัดความโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม แต่ไม่มีความผิดปกติด้านสติปัญญา อาการทางจิตที่สำคัญได้แก่ อาการประสาทหลอนที่พบมากคือหูแว่ว เห็นภาพหลอน ความคิดหลงผิด การรับรู้ตนเองผิดไปจากความจริง

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติด ที่เป็นสาเหตุและความผิดปกติเหล่านี้ต้องเป็นเวลายาวอย่างน้อย 6 เดือน

World Health Organization (1994) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีลักษณะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และอาการผิดปกติทางจิต เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต ประกอบด้วยอาการด้านบวกได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม และอาการด้านลบ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิดมีลักษณะที่ประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อย

หรือไม่พูด ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมองทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมโดยไม่พบความผิดปกติของสติปัญญา และโรคทางกายและทางสมอง หรือการได้รับพิษจากยาหรือสารเสพติด ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สมเหตุผล และไม่สอดคล้องกับความจริงมีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพตามมา

1.2 การดำเนินโรคและลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) คือ

ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้อาการเริ่มปรากฏให้เห็นเล็กน้อย ส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักจะเริ่มมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม อาจเกียจคร้านขึ้นกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวมากขึ้น สนใจตนเองน้อยลง อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดๆ อาการจะปรากฏให้เห็นชัดเจน แต่บางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน ช่วงเวลาที่มีเรื่องกดดันจิตใจอาจเกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาให้เห็นทันทีก็มี ในระยะนี้ใช้เวลาไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ หากในระยะนี้ใช้เวลาเป็นอยู่ย่นานการพยากรณ์โรคจะไม่ดี

ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน หลังจากนั้นอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่อารมณ์กำเริบในช่วงที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ หรือความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก ผิดหวัง หรือสูญเสียสิ่งที่ตนรัก เป็นต้น

ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ แสดงอาการทางจิตออกมาไม่ชัดเจน เช่น อาจมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล หงุดหงิด เครียด เป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง ในระยะอาการทุเลานี้จะพบอาการด้านลบ บ่อยกว่าด้านบวก

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่อาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) (เกษม ตันติพิลิวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546) ดังนี้

1) **กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms)** ซึ่งพบบ่อยในระยะกำเริบ ส่วนใหญ่พบว่ามียลักษณะอาการ ดังนี้

อาการหลงผิด (delusions) เป็นผลมาจากการรับรู้ในสิ่งที่นึกคิดของผู้ป่วย และเป็นความคิดที่ฝังแน่น ส่งผลให้กลายเป็นหลงผิด ไม่สามารถจะนำหลักฐานหรือเหตุผลใดๆ มาหักล้างได้ เพราะผู้ป่วยยังคงมีความคิดความเชื่อของตนเองอย่างไม่เปลี่ยนแปลง การหลงผิดที่พบบ่อย คือ หลงผิดว่ามีคนปองร้าย กลั่นแกล้งหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง (persecutory delusions) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิชย์, 2542) หลงผิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่ มีอำนาจ เป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusions) ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่า เรื่องราวต่างๆ ที่ผู้อื่นพูดคุยกันเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusions of reference) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ในโรคจิตเภทพบอาการหลงผิดที่สำคัญๆ ดังนี้ 1) หลงผิดว่าความคิดของตนเองล่องลอยไปให้ผู้อื่นได้รับรู้ (Thought broad casting) 2) หลงผิดว่า ความคิดและการกระทำของตนเองเกิดจากถูกอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับ (delusions of control) 3) หลงผิดว่ามีอำนาจบางอย่างมาดึงความคิดของตนเองออกจากสมอง (Thought withdrawal) 4) หลงผิดว่าผู้อื่นเอาความคิดเข้ามาใส่ในสมองแทนความคิดของตนเอง (Thought Insertions) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิชย์, 2542 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) นอกจากความหลงผิดที่สำคัญดังกล่าวแล้ว ยังพบความหลงผิดอื่นๆ อีกในผู้ป่วยจิตเภท เช่น หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้ (Somatic delusions) และความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (bizarre delusions) เป็นความเชื่อว่ามีกลิ่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น อาการประสาทหลอนทางหู โดยมีเสียงแว่วมาเรียก หรือมาคุยกับตนเอง อาจเป็นเสียงพูดวิจารณ์ในสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยกระทำ (Voices commenting) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) บางครั้งได้ยินเป็นเสียงพูดออกมาจากในสิ่งที่ตนเองคิด คือได้ยินเกี่ยวกับความคิดต่างๆ ของตนเอง (Audible thoughts) ผู้ป่วยบางรายได้ยินเสียงได้แย้งในเรื่องที่เกี่ยวกับตนเอง เป็นเสียงของวิญญาณที่มาอยู่กับตัวเองสองวิญญาณ ทะเลาะ ขัดแย้งกันตลอดเวลา (Voices debating) (พันธ์ศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ และทวี ตั้งเสรี,

2536; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) อาการประสาทหลอนที่พบบรองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นเป็นภาพคนใกล้ชิด เจ้าพ่อ เจ้าแม่ เทพ พรหม นางฟ้า และประสาทหลอนที่เหมือนมีตัวอะไรมาไต่ตามผิวหนัง (Tactile hallucinations) หรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ (Gustatory hallucination) ได้กลิ่นแปลกๆ (Olfactory hallucinations) (มานิต หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

อาการผิดปกติด้านการคิด (Thought disorder) ผู้ป่วยมีความคิดลักษณะไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง มีความคิดที่แตกแยกไม่ไปในทางเดียวกัน ส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านการพูดที่ผิดปกติ (Disorganized speech) เช่น มีการแสดงออกโดยพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราวเดียวกัน ขาดหายเป็นช่วงๆ ไม่ปะติดปะต่อ พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง ผู้ป่วยบางคนพูดแล้วฟังไม่รู้เรื่อง อันเป็นผลมาจากความคิดที่ไม่ต่อเนื่อง (Incoherence หรือ word salad) ในผู้ป่วยบางรายพูดไม่ตรงประเด็นหรือตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) บางครั้งมีคำพูดแปลกๆ ที่สร้างเองขึ้นมาใหม่ คนอื่นฟังไม่เข้าใจนอกจากตนเอง (Neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีความคิดผิดปกติดังกล่าว จะขาดการรับรู้ว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) ซึ่งอาการเหล่านี้ยากต่อการรักษา (มานิต หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

อาการผิดปกติด้านพฤติกรรม (Disorganized behavior หรือ Catatonic behavior) ผู้ป่วยอาจจะมีผลมาจากความคิดหลงผิด ประสาทหลอน โดยในผู้ป่วยที่มีอาการแบบเฉียบพลัน จะมีพฤติกรรมผิดปกติเด่นชัด ด้านการเคลื่อนไหว (Catatonic Symptom) มีลักษณะดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยไม่รับรู้ ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม แสดงออกทางพฤติกรรมโดยการไม่พูด ไม่เคลื่อนไหว (Catatonic stupor) 2) ผู้ป่วยมีท่าทาง แขน ขา และลำตัวแข็งเกร็งตลอดเวลา (Catatonic rigidity) 3) ผู้ป่วยพยายามต่อต้าน และทำตรงข้ามกับคำสั่ง (Catatonic negativism) 4) ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่แปลกประหลาดในท่าเดียวเป็นเวลานานๆ (Catatonic posturing) และ 5) ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย เคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมาย (Catatonic Excitement or purposeless excitement) (สมภพ เรืองตระกูล, 2549; American Psychiatric Association, 1994) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ อีก เช่น พลุ่พล่าน กระวนกระวาย ส่งเสียงตะโกนหรือพูดคำหยาบ แต่งตัวประหลาด ไม่สนใจดูแลตนเอง ใส่เสื้อผ้าสกปรก เนื้อตัวเหม็นสกปรก

2) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะดังนี้ คือ

- 2.1) มีอารมณ์เฉยเมย แบบไร้อารมณ์ (Affective flattening) ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย ไม่แสดงออกของอารมณ์ (blunted affect) ไม่สบตาหรือไม่แสดงกิริยาท่าทางขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2.2) แสดงออกโดยการพูดน้อย มีเนื้อหาน้อย อาจไม่สนใจตอบคำถามหรือตอบสั้นๆ (Alogia)
- 2.3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (A volition apathy) ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ ไม่

สนใจเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม ขาดความสนุกสนานในการทำกิจกรรม (Anhedonia-asociality) ลักษณะของอาการด้านลบดังกล่าว อาจปรากฏให้เห็นตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเป็นในระยะแรกที่ยังไม่กำเริบอย่างชัดเจน และในผู้ป่วยบางรายอาจมีแต่ลักษณะอาการเหล่านี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็ได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; American Psychiatric Association, 1994)

การดำเนินโรค

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้วได้ผลดี ร้อยละ 25 อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ร่วมกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ลักษณะของการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภท มี 5 แบบ คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หาย แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และต้องได้รับการช่วยเหลือแต่ยังสามารถทำกิจกรรมร่วมกับสังคมได้ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; Sadock & Sadock, 2000)

การดำเนินโรคและอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเป็นแบบเรื้อรัง โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น มีพฤติกรรม แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนและการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย แต่งตัวสกปรก แสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรง จนสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคอย่างชัดเจน เช่น อาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด (พันศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ์ และทวี ตั้งเสรี, 2536; มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษวณิช, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; Kaplan & Sandock, 1996)

1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท แต่ได้มีรายงานการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย และจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุ จากหลายๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยด้านชีวภาพที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหรือความผิดปกติหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการศึกษาครอบครัว การศึกษานุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภท มากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่า หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 47 แสดงว่าพันธุกรรมจัดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้ด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

สารสื่อประสาท การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท สารสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ สารโดปามีน โดยเชื่อว่าถ้ามีการหลั่งออกมามากในสมองทำให้เกิดอาการทางจิตได้ มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่าสารเสพติดจำพวกแอมเฟตามีน โคเคน ทำให้สารโดปามีนทำงานเพิ่มขึ้น และไปกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวช (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol และ Chlorpromazine ออกฤทธิ์โดยการจับกับ D2-Dopamine Receptors ทำให้สารโดปามีนทำงานลดลง ขณะเดียวกันอาการของโรคจิตเภทก็ดีขึ้นด้วย (Kaplan & Sadock, 1998) และยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine, risperidone และ Olanzapine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Serotonin-dopamine antagonists มีฤทธิ์ยับยั้งการจับของ Serotonin กับ 5-HT type-2 Receptors มีกลไกการออกฤทธิ์ผ่าน dopamine type-4 receptors ไปปรับสมดุลของ Serotonin อันเป็นผลให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น ทำให้เกิดสมมติฐานว่า การเกิดโรคจิตเภทยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับสมดุลของสารสื่อประสาท Serotonin นอกจากนี้แล้วก็ยังมีสารสื่อประสาทพวกนอร์อิพิเนฟรี (Norepinephrine) อซีทิลโคลอรีน (Acetylcholine) ที่มีมากเกินไป และ Gamma-aminobutyric acid (GABA) ที่ทำงานลดลง จะส่งผลให้ dopamine ทำงานเพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดอาการของโรค จิตเวช (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

ความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง มีการศึกษาผลการตรวจสมองของผู้ป่วยจิตเภท ในห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความผิดปกติอย่างชัดเจน คือขนาดของ Lateral และ Third Ventricles มี ขยายใหญ่ขึ้น ปริมาณของมวลสมองส่วน Amygdala และ Hypocampus น้อยลง และเหี่ยว เล็กลง กว่าเดิม ขนาดของ Basal ganglia ใหญ่ขึ้น Cerebral cortex เล็กลง (พันศักดิ์ วราฮ์สวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ส่วน Cerebral blood flow (CBF) ที่ไปเลี้ยง ส่วนบริเวณ Frontal lobe มีปริมาณลดลง รวมทั้ง glucose metabolism ลดลงด้วย (มาโนช หล่อ ตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factor) สังคมจิตใจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด การเจ็บป่วยโรคจิตเภท โดยพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความ ผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ ที่ไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่ สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการ และแรงขับ ที่เกิดจากแรงผลักดันภายในที่เรียกว่าสัญชาตญาณ (Instinct) เกิดความไม่สมดุลในการทำหน้าที่ของ จิต (Taylor, 1994) ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา เช่น การใช้กลไกการ ปฏิเสธ การปกป้อง หรือการถดถอย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิต นับเป็นสาเหตุ หนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ปัจจัยทางครอบครัว ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภท ได้เรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Irrational reactions) และเลียนแบบความคิดของพ่อ แม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการพัฒนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกิดจากการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ไม่ดีในขณะที่เป็นเด็ก (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; Sadock & Sadock, 2003) จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้อง กับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการจัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ การแสดงออกด้านอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว หรือครอบครัวที่มีพฤติกรรมวุ่นวายกับผู้ป่วย มากเกินไป เช่นการควบคุม วิพากษ์วิจารณ์ หรือตำหนิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำสูง (พันศักดิ์ วราฮ์สวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2542) นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงไปตรงมา ทั้งคำพูดและการกระทำ หรือมีความหมายแอบแฝง จะสร้างความ สับสนให้กับเด็กเกิดความยุ่งยากใจ ในการแยกแยะความจริง ไม่รู้จะปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่นพอใจ ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและในสังคม ทำให้มีความไม่ไว

วางใจใคร ส่วนในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รักใคร่ปรองดองกัน และครอบครัวที่พ่อหรือแม่สนิทกับลูกมากเกินไปจนทำให้อีกฝ่ายหนึ่งค้อย (Schisms and skewed families) และครอบครัวที่ทะเลาะและใช้ความรุนแรงต่อกันเป็นประจำ ก็เป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท (Pseudomutual and pseudohostile families) (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; ยาใจ สิทธิมงคล, 2542)

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) จากการศึกษพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ และเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; Sadock & Sadock, 2003) และบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากมีสาเหตุมาจากการเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน (Brown & Birley, 2000)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนได้ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพครอบครัวความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิต ที่เป็นปัจจัยเข้ามากระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นได้

1.4 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเภท หลังจากได้กลับมามีบ้านหรือในชุมชนไม่นาน มีอาการกำเริบซ้ำสูง ต้องถูกส่งกลับมานอนรักษาซ้ำ พบว่ามาจากปัญหาหลายด้าน ดังนี้

ปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ทำร้ายญาติ และผู้อื่นจากการควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พบร้อยละ 8.43 และญาติไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 68.24 (วาสนา ปานดอก, 2545) ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่อาการกำเริบ และขณะแรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลพบปัญหาสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ปัญหาพฤติกรรมมากเกินไป ก้าวร้าว รบกวน รุนแรง อาการประสาทหลอน หลงผิด (กอบโชค จวงศ์และบุปผางค์ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2549) บางรายถึงแม้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่ เช่น มีความคิดแปลกๆ บางครั้งมีอาการหวาดระแวง มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ลูกเดินไปมา รุนแรงเวลากลางคืน พุดบ่นคนเดียว (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; วิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์, 2547; Videbeck, 2001) บางรายไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ไม่ยอม

อาบน้ำ แปรงฟัน หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) แต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ไม่ใส่เสื้อผ้า เดินเร็วร้อนในชุมชน ไม่สนใจรับประทานอาหาร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และต่อมาสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด จากการศึกษากระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ของ จิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่าเมื่อเวลานอนไม่หลับ หรือไม่สบายใจ จะมีการดื่มสุราร้อยละ 70 และสูบบุหรี่เพื่อให้อารมณ์ดี รวมทั้งมีค่านิยมในการดื่มสุราเพื่อให้สนุกสนาน เป็นการเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำร้อยละ 10 (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) นอกจากนี้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้การออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism Kaplan and Sadock (1998 อ้างถึงใน สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) และการศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 45 มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ

ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทบางราย ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา คือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่งพบถึง 60% (Cunningham, 2007) ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับขนาดยาโดยลดหรือเพิ่มยาเอง ใช้ยาผิดวิธี ไม่ถูกต้องตามขนาดของการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2548) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวชร้อยละ 19.44 (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; ราตรี อินทรีย์, 2544; วาสนา ปานดอก, 2545; จันทรฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการขาดยา อาการข้างเคียงของยา หรืออาการแพ้ยา วิธีจัดการกับอาการแพ้ยาเพียงร้อยละ 40 รวมทั้งทราบชื่อยาที่ใช้รักษาร้อยละ 10 (อำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย, 2544) ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเกิดจากความเบื่อไม่อยากกินยาด้วยอาการข้างเคียงที่ทำให้ง่วงนอน ทำงานไม่ได้ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง หงุดหงิด รู้สึกอึดอัดต้องกินยาจิตเวช มีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทานยา (ราตรี อินทรีย์, 2541; Mervin & Stephen, 2002) ผู้ป่วยบางรายรับประทานยาไปได้ช่วงหนึ่งมีอาการทางจิตสงบลง คิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงหยุดกินยาร้อยละ 33.33 (Velligan & Weiden, 2006)

ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เมื่อมีอาการทางจิตลดลงจะสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ แต่สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีพฤติกรรมแยกตัวมากขึ้น ตลอดจนสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวลดลงไปด้วย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวันร้อยละ 22.45 และไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้านกับผู้อื่นร้อยละ 26.53 (สุนันทา บุญชัย, 2545) บางรายไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน และขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รวมทั้งครอบครัวมองผู้ป่วยว่ามีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยขาดสัมพันธภาพกับญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด (สุวิมล สมัตตะ,

2541; มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547) ลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ก็เป็นปัจจัยของการป่วยซ้ำได้ (Sandock & Sandock, 2000)

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว เกิดหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 19.01 และความรู้สึกเดือดร้อนด้านการเงินร้อยละ 55.63 (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการกินยาต่อเนื่อง บางครั้งปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านลำพังเพียงคนเดียว (ไพรวลัย ร่วมชัยและคณะ, 2544; วาสนา ปานดอก, 2545) ผู้ป่วยบางรายถูกล่ามโซ่หรือกักบริเวณไว้ภายในบ้าน (สถิตย์ วงศ์สุระประกิจ, 2542; ไพรวลัย ร่วมชัยและคณะ, 2544) บางครอบครัวพบว่าการที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลให้ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ รวมทั้งการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทำให้ต้องหยุดงานที่ทำประจำทุกวัน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงกว่าค่ารักษาพยาบาล ปัญหาอุปสรรคจากการดูแลของครอบครัวดังกล่าวมาแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.30 ไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 59.50 (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) รายได้น้อย ร้อยละ 43.80 อำเภอพิษณุโลก สมานวงศ์ไทย (2544) และการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) พบปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 36.15 และมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือนถึงร้อยละ 67.35 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.69 (สุมณฑา บุญชัย, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติ แต่ความสามารถและความทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไปเมื่ออาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิทำงาน จิตารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) จึงยิ่งเพิ่มความเครียดจากการทำงานไม่ได้และจากการขาดรายได้ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

1.5 ผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคจิตเภท

ในปัจจุบันนี้ นโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชนเป็นสำคัญ มากกว่าที่จะให้อยู่ในสถานพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2544; Caverly & Mejo, 1998; Joy, 2006) ซึ่งจะรับผู้ป่วยไว้รักษาจนกระทั่งอาการสงบและให้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสุขภาพต่อที่บ้านหรือในชุมชน ในขณะที่ยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007; Quinlan & Ohlund, 1995) ก่อให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

ครอบครัว และชุมชนตามมา จากการศึกษาและบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกิดผลกระทบต่อป็นี่ คือ

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังมักมีการกลับป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้เกิดการเสื่อมถอยลงของบุคลิกภาพ พบว่าภาวะเสี่ยงต่อการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม และจะทำงานไม่ค่อยสำเร็จเป็นชิ้นเป็นอัน ขาดสมาธิในการทำงาน บางคนเกียจคร้านที่จะทำงาน รู้สึกไม่มีแรง เหนื่อยเพลีย เกิดความรู้สึกเป็นดราม่า ไม่อยากสูงส่งกับใครกลัวคนอื่นรู้การผิดปกติของตน ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 10-15 เท่านั้น ที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 (Sadock & Sadock, 2000)

ผลกระทบต่อครอบครัว หากครอบครัวใด ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทบุคคลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความตึงเครียดและรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

ผลต่อจิตใจและอารมณ์ พบว่าร้อยละ 66.67 ผู้ดูแลและครอบครัวมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ญาติรู้สึกเป็นดราม่า (Stigma) และรู้สึกกังวลต่อผู้ป่วย อยากให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลไปตลอด และอยากให้ผู้ป่วยไปอยู่สถานสงเคราะห์ ครอบครัวจะได้มีเวลาดูแลสมาชิกคนอื่นได้ดีขึ้น (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544)

ผลต่อสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่หลับนอนเวลากลางคืน ญาติหรือผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าดูแล และระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง สุขภาพทรุดโทรม เหนื่อย อ่อนเพลีย และบางครั้งได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

ผลต่อสัมพันธภาพกับสังคม ญาติหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 10.16 มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงและร้อยละ 16.15 เข้าร่วมกิจกรรมสังคมลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในชุมชน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) จากภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับทราบข่าวสาร และแหล่งสนับสนุนเกื้อกูลช่วยเหลือจากสังคม เป็นผลให้

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างโดดเดี่ยว บางครอบครัวรู้สึกอับอาย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยทางจิต (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

ผลกระทบต่อชุมชน จากการศึกษามุมมองของชุมชน ต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2547) พบว่าชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยทั้งทางบวก และทางลบ คือ มีทั้งรู้สึกสงสารที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม และรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเป็นซ้ำๆ บางรายแสดงพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ครอบงำผู้อื่น ก่อให้เกิดความรังเกียจหวาดกลัวและหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งคนในชุมชนเองยังมีการดื้อเหล่า และให้ผู้ป่วยดื้อเหล่าและใช้สารเสพติดอื่นๆ ตาม ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำให้งดการดื่มสุราและสารเสพติดต่างๆ ก็ตาม (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ดังนั้นจึงเกิดผลกระทบต่อชุมชน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งมีผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอีก นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมทำลายสิ่งของ ทำให้คนอื่นได้รับความเสียหาย ทำร้ายร่างกายผู้อื่นขณะที่มีอาการกำเริบ (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชค่อนข้างนาน จึงจะสามารถกลับมาดูแลต่อเองที่บ้านได้ จากการศึกษาพบว่า วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทสูงสุดในกลุ่มโรคจิตเวชถึงร้อยละ 54.5 และวันนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริงเฉลี่ย 22.4 ± 13.5 วัน (พิเชษฐ์ อุดมรัักษ์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) หลังจากนั้นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยกินยา หรือฉีดยาตามแผนการรักษาตลอดไป จึงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ยิ่งป่วยซ้ำบ่อยเท่าไรยิ่งเกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจต่อสังคมและประเทศชาติยิ่งขึ้น ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2547 สูงถึง 28,230 บาท ต่อราย (เอนก สุภรณ์นท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550)

1.6 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จะเริ่มมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน การงาน หรือในกิจกรรมที่เคยชอบ ไม่ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติและรุนแรงขึ้น จนในที่สุดอาการของโรคปรากฏชัดเจน เช่น มีอาการหูแว่ว หลงผิด อาการจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ มีลักษณะเรื้อรัง ร่วมกับความเสื่อมหรือพร่องในด้านการทำงานที่ของร่างกาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากที่ได้รับการรักษาอย่างน้อย ร้อยละ 50 มีอาการดีขึ้นมาก และหากผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดการกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ประมาณร้อยละ 50 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ

จำลอง ดิษยวณิช, 2542) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีวิธีการรักษาหลายวิธี ได้แก่ 1) การรับตัวไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล 2) การบำบัดรักษาในชุมชน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การรับตัวไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง 3) ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาและต้องคอยควบคุมการรักษาด้วยยา 4) ผู้ป่วยที่ยังมีปัญหากับการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) สำหรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม วิธีการต่างๆ กัน ดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยา ยามีผลช่วยปรับความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค มีผลทำให้อาการรุนแรงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น และยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคด้วย การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลาในการออกฤทธิ์ต่อการรักษาโรคจิตเภทนานเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทุเลาสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การติดต่อดูแลติดตาม จำเป็นต้องได้รับยาต่อไปจนกว่าอาการจะคงที่โดยจะต้องรับยาต่อเนื่องอีกประมาณ 1 ปี ถ้าหยุดยาเร็วมีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำ พบว่าอาการกลับเป็นซ้ำในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยาถึง 2 ใน 3 แต่ในผู้ที่ยังคงรับประทานยาอยู่มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-30 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) แต่หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวถึง 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546)

การรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจึงจะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย โดยมีข้อบ่งใช้ คือ 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการ Catatonic ทั้งในระยะ stupor หรือ excitement 2) ผู้ป่วย severe depression และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

การรักษาทางจิตสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีความบกพร่องความสามารถในการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่การทำงานและการเข้าสังคมร่วมด้วย ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมทักษะความสามารถในการเผชิญความเครียด รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) การรักษาทางจิตสังคมมีหลายวิธี ได้แก่ จิตบำบัด (Psychotherapy) กิจกรรมบำบัด (Activity therapy groups) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) กลุ่ม

บำบัด (Group therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และครอบครัวบำบัด (Family therapy) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยวิธีการบำบัดประคับประคอง ทางจิต ส่งเสริมให้กำลังใจ ในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเอง มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น การทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบการรักษาที่ช่วยลดปัญหาการแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ตามความเป็นจริง ส่งเสริมความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ช่วยฝึกทักษะทางสังคม ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสังคมได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546)

2. กิจกรรมบำบัด (Activity therapy groups) เป็นการบำบัดทางจิตโดยใช้กิจกรรมกระตุ้น ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีหลายรูปแบบต่างๆ กัน เช่น การจัดประชุมกลุ่ม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก และปัญหาของตนเอง ในขณะเดียวกันก็เป็นการเรียนรู้ปัญหาของผู้อื่นพร้อมกับวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม กิจกรรมกลุ่มที่สร้างความสนุกสนานได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มฝึกอาชีพ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) เป็นต้น

3. นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการบำบัดรักษา โดยมีการวางแผน กำหนดเป้าหมายและวิธีการ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งจะมีบุคลากรทางจิตเวชและผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีสัมพันธภาพรวมทั้งได้รู้จักการปรับตัวในการทำงานร่วมกันโดยรู้จักขอบเขตหน้าที่ของตนเองและเคารพสิทธิของผู้อื่น ช่วยพัฒนาเสริมสร้างความมีคุณค่าของตนเองทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น เกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติต่อบ้านได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

4. กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นจิตบำบัดแบบประคับประคองให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหา และฝึกทักษะทางสังคม (พันศักดิ์ วราธสวปดิ และทวี ตั้งเสรี, 2536; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

5. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นวิธีการกำหนดให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้รักษาให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วย เมื่อกระทำการพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และเหมาะสม ส่วนการเสริมแรงทางลบโดยให้ผู้ผู้ป่วยเลิกพฤติกรรมไม่เหมาะสม การฝึกทักษะต่างๆ ก่อนที่จะออกไปใช้ชีวิตจริงในครอบครัวและสังคมต่อไป ได้แก่ การฝึกทักษะการเข้าสังคม (Social skills training) ฝึกการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal skills) (มานิต ศรีสุรงานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

6. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการช่วยจัดระบบของครอบครัว ด้านขอบเขตบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน พัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร ความรู้สึกของสมาชิก ครอบครัว การรับรู้และเข้าใจความคาดหวังซึ่งกันและกัน ช่วยเสริมกำลังใจ และค้นหาศักยภาพของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา และการอยู่ร่วมกันอย่างปกติ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช, 2549)

การบำบัดรักษาในชุมชน

นโยบายการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทปัจจุบัน เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด กำหนดระยะเวลาอนาธิปไตยในโรงพยาบาลสั้นลง และจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเมื่ออาการทางจิตทุเลาลง ให้ผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2544) จึงเกิดการบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) มีระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (deinstitutionalization (Stuart & Laraia, 2005) เริ่มต้นในสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1965 เน้นให้ชุมชนบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง (Assertive Community Treatment Association - ACTA) (Santos, 1998) ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนแก่ผู้ป่วย ต่อมา มีการนำระบบบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment: ACT) ไปใช้แพร่หลายในสหรัฐอเมริกา เรียกว่าการจัดการรายกรณีแบบครอบคลุม (intensive case management) หรือ โปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (program of assertive community treatment: PACT ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง เช่น ผู้ป่วยจิตเภท (Rosenheck, Hoff, Steinwachs & Lehman, 2000) ผู้ใช้สารเสพติด (Clark et al., 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Lehman, 1999)

การบำบัดผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน หลักสำคัญได้แก่ 1) ดูแลกลุ่มที่มีปัญหาจิตเวชรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือกลับเป็นซ้ำสูง 2) เน้นการบำบัดดูแล (treatment) ประคับประคอง สนับสนุน (support) และบริการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation services) 3) สมาชิกในทีมสหวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย 4) อัตราส่วนของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่ำ ประมาณ 1:10 5) ให้บริการครอบคลุม (comprehensive) ทุกด้าน 6) เน้นบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ 7) ให้การบำบัดดูแลช่วยเหลือเป็นรายกรณี 8) ให้บริการดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง (Phillips et al., 2001)

การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน มีดังนี้ (Santos, 1998) 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง 2) มีความบกพร่องในเรื่องต่อไปนี้อย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน และมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย และ 3) มีปัญหาอย่างน้อย 1 ปัญหาต่อไปนี้คือ ป่วยบ่อยและมีอาการ

รุนแรง เข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำผิด มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีความยุ่งยากและมีปัญหาในการเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก

ระบบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยหัวหน้าทีม (team Leader) จิตแพทย์ (psychiatrist) พยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) บุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับ สารเสพติด (substance abuse specialist) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ที่ปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ (employment consultant, job or vocational specialist) ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (remaining clinical staff) และผู้ช่วยประสานงานและบริหารโปรแกรม (program administrative assistant) (Stein & Santos,1998) ระยะเวลาให้การดูแลบำบัดขึ้นอยู่กับปัญหาของบุคคลนั้น และการบรรลุผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ แผนการบำบัดดูแล (treatment plan) ตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนนั้น มี 3 ลักษณะ ได้แก่ การบำบัดรักษา (treatment) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) การช่วยเหลือสนับสนุน (support) (Stein & Santos,1998) ดังต่อไปนี้

● **การบำบัดรักษา (Treatment)** โดยการใช้ยาทางจิตเวช (psychopharmacologic treatment) การประคับประคองรายบุคคล (individual supportive therapy) การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ (mobile crisis intervention) การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (hospitalization) การบำบัดสารเสพติด (substance abuse treatment) และการบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (individual/group therapy)

การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ได้แก่ การสอนทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral oriented skill teaching) การช่วยจัดหางาน (supported employment) รวมถึงการช่วยฟื้นฟูการศึกษา (support for resuming education)

การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ให้ความรู้ (Education) สอนทักษะชีวิต (Life skill teaching) และการผสมผสานความร่วมมือ (collaboration) กับสมาชิกครอบครัว ประคับประคอง ให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้

ขั้นตอนของกระบวนการบำบัด ดูแลเชิงรุกในชุมชน เริ่มตั้งแต่ขั้นแรกเริ่มผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ขั้นที่ 1 ประเมินผู้ป่วย จากการสำรวจและศึกษาเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิต (psychiatric history) การตรวจสภาพจิต (mental status) สุขภาพทางกาย การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ (use of drugs and alcohol) การศึกษา การทำงาน (education and employment) การทำหน้าที่ทางสังคม (social development and functioning) กิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of

daily living) โครงสร้างและสัมพันธภาพในครอบครัว (family structure and relationships) ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา ขั้นที่ 3 วางแผนการบำบัดดูแลรายบุคคล (individualized treatment planning) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย ญาติ หรือครอบครัว แผนการบำบัดดูแลประกอบด้วย การกำหนดปัญหา กำหนดวิธีช่วยเหลือบำบัด กำหนดผลลัพธ์ที่สามารถวัดและประเมินได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต

โปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุม 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเกี่ยวพันของสมาชิกในครอบครัว การทำงาน ช่วยจัดการเอกสาร การส่งเสริมสุขภาพ การใช้ยาทางจิตเวช การช่วยเหลือที่พักอาศัย การจัดการค่าใช้จ่าย และการให้การปรึกษา (Stein & Santos, 1998) ดังต่อไปนี้

1. การฟื้นฟูสภาพ ทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) เกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย การเดินทาง การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด
2. ความเกี่ยวพันของสมาชิกในครอบครัว (family involvement) ได้แก่ การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ให้คำปรึกษารอบครัว การจัดการกับอาการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (crisis management) ช่วยให้ผู้ปกครองรอบครัวประสานเครือข่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. โอกาสในการทำงาน (work opportunities) ได้แก่การให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการทำงาน การปรับตัวในการทำงาน ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มีโอกาสทำงาน การวางแผนการทำงาน การหางานทำ หรือ การทำงานบางช่วงเวลา เช่น งานอาสาสมัคร
4. การช่วยจัดการเอกสาร (entitlements) ได้แก่ ช่วยงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือสิทธิบัตรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตและการบำบัดดูแล
5. การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันโรค หรือ ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพ การจัดเวลาให้มาใช้บริการตามกำหนดนัด การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับการจัดการกับความเครียด การสร้างคุณค่าในชีวิต
6. การดูแลเรื่องการให้ยาทางจิตเวช (psychopharmacologic treatment) ได้แก่ การช่วยดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง และข้อควรระวังต่างๆ
7. การช่วยเหลือที่พักอาศัย (housing assistance) ได้แก่ ช่วยจัดหาที่พักที่เหมาะสมให้ตามความจำเป็น ช่วยฝึกทักษะในการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย

8. การจัดการค่าใช้จ่าย (financial management) ได้แก่ รายจ่ายค่ารักษาพยาบาล ช่วยวางแผนในการใช้จ่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การบริหารรายรับรายจ่าย การทำบัญชีค่าใช้จ่าย

9. การให้การปรึกษา (counseling) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสนทนาคอยช่วยเหลือผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะบำบัดดูแล และวิธีการแก้ปัญหา (problem-oriented approach)

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลเป็นรายกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามสภาพปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันแต่ละราย เป็นระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีแผนการดูแลร่วมกัน และกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการดูแล และระยะเวลาที่ชัดเจน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) การจัดการรายกรณี

2.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นบริการดูแลผู้ป่วยที่มีการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามสภาพปัญหาที่ซับซ้อน และความต้องการแต่ละราย เน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี (Cohen, 1996) สำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

เขาวลัษณ์ มีบุญมาก (2004) ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นการจัดบริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และให้บริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงปัญหาความต้องการและความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการกำหนดระยะเวลาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีผู้จัดการหลักในการจัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลร่วมกันกับผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และประกอบอาชีพได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นการจัดบริการที่มีกระบวนการ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการประสานร่วมมือของ

ทีมสหวิชาชีพ เน้นการตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Cohen (1996) ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เกิดจากการประสานความร่วมมือด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายและทรัพยากรที่มีจำกัด

Burgess (1998) กล่าวว่า การจัดการรายกรณีหมายถึง กระบวนการจัดบริการดูแลผู้ป่วย โดยมีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย และประสานการดูแลกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดย (ผู้จัดการหลัก) เพื่อช่วยแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผล และกำหนดระยะเวลาแน่นอน

American Nurses Association (1999) ให้ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นระบบที่เกิดจากการประสานงานในทีมสุขภาพ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เกิดการซ้ำซ้อนและแยกส่วน ตามขั้นตอนกระบวนการประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การประเมินผล

ซัมเมอร์แมน (Zimmerman, 2002) ให้ความหมายว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นการประสานความร่วมมือในระบบบริการสุขภาพมีกระบวนการประเมิน การวางแผน ดำเนินการตามแผน ประสานงาน และการ ติดตามประเมินผล ตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้

สรุปการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง การที่พยาบาลผู้จัดการ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และติดต่อประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพวางแผนร่วมกันด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดำเนินการดูแลตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี เริ่มจากการคัดเลือผู้ป่วยเข้าระบบการจัดการรายกรณี รวบรวมข้อมูล ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว วางแผน ดำเนินการตามแผน ประเมินผล และปรับปรุงแผนการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตามสภาพการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดการรายกรณี (Case management)

ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) จากการศึกษาพบว่า ระบบการจัดการรายกรณีเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1860 ได้มีระบบการจัดการรายกรณีแบบง่ายๆ เน้นให้บริการแก่คนยากจนและผู้อพยพ และมีการพัฒนาด้านการบริการ และการติดต่อสื่อสารประสานงานเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Kersbegen, 1996) ต่อมาปี ค.ศ. 1920 มีการนำรูปแบบ Case management มาใช้ครั้งแรกในบริการสุขภาพจิตโดยนักสังคมสงเคราะห์ นำ

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช และต่อมานำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543)

สำหรับประเทศไทย เริ่มต้นจากแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จึงเกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของ Patient Care Team (PCT) (เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543) หลังจากนั้นมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยฝ่ายกาย แล้วจึงพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชรายกรณีที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และขยายการดูแลลงสู่ชุมชนต่อมาภายหลังโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่นๆ ก็ได้มีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างแพร่หลายเป็นต้นมา

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับระบบการดูแลโดยการจัดการรายกรณี

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมต่อการนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ปราชนัญ บุณยวงศศิริโรจน์, 2546) 2) ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่า 10 ครั้ง ขึ้นไป หรือ มารับการรักษาซ้ำ มากกว่า 2 ครั้ง ใน 1 ปี (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548) 3) มีประวัติ ถูกล่อลวง 4) มีปัญหาครอบครัว มีปัญหากับสังคม ชุมชน 5) ไม่มีที่อยู่อาศัย (ปราชนัญ บุณยวงศศิริโรจน์, 2546) 6) ญาติทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล 6) มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง 7) มีพฤติกรรมการใช้ยา เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือขาดยา 8) ใช้สารเสพติดร่วมด้วย (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548; Santos, 1998) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ที่ศึกษาและกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี ที่แตกต่างจากดังกล่าวแล้ว ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในรอบปีที่ผ่านมา 3 ครั้ง ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยนาน ตั้งแต่ 3-13 ปี หากป่วยนานกว่านี้ จะมีข้อจำกัด คือ จะสามารถฟื้นฟูได้ น้อยหรือไม่ได้เลย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547) 3) มีปัญหาการอยู่ร่วมกับครอบครัว 4) มีประวัติขาดการรักษาต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (สันติชัย จำจิตรจั่น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008)

สรุปได้ว่า เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าสู่ระบบการดูแล ในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มุ่งเน้นผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนแตกต่างกันแต่ละราย ซึ่งทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันพิจารณาเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดการรักษา ปัญหาอาการกำเริบ การกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ ถูกล่อลวง ปัญหาคู่ครอง ญาติทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตนเอง ใช้ยาและสารเสพติดร่วมด้วย เป็นต้น

2.4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี (Case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป ดังนี้ (Mueser, 1998)

1. รูปแบบผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย (the broker service model หรือ Brokered Case management) ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) มีบทบาทหน้าที่ ค้นหา คัดกรอง และประเมินความต้องการของผู้ป่วย (assessment) วางแผนการดูแล (planning) โดยการส่งต่อผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแล (linking to services) ควบคุมกำกับแผนการดูแลผู้ป่วย (monitoring) และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocacy) รูปแบบนี้มีข้อจำกัด ที่ผู้จัดการรายกรณี ไม่มีทักษะการให้บริการทางคลินิกโดยตรง (Direct care)

2. รูปแบบผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (the clinical case management model) เป็นรูปแบบที่ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก จัดทำแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Care Maps) และเป็นผู้ใช้แผนการดูแลร่วม เป็นเครื่องมือ หรือทิศทางในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตั้งแต่ระยะการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแล (initial phase) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ (assessment) ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ให้คำปรึกษา สอนทักษะชีวิตและสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทำจิตบำบัด เป็นต้น รายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในทีมสหวิชาชีพให้การดูแล ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม สร้างเครือข่ายทางสังคมในการดูแลช่วยเหลือ ประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระยะ และช่วยพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ ควบคุมกำกับติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ (Monitoring) (สมพร รุ่งเรือง กลกิจ, 2547; Mueser, 1998)

3. The assertive community treatment model (ACT) หรือ The Full Support Model เป็นรูปแบบการดูแลร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง มีลักษณะเด่น คือให้บริการครอบคลุมทุกด้าน ในชุมชน ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ไม่เน้นการส่งต่อ ข้อจำกัดคือทีมสามารถรับดูแลผู้ป่วยได้เพียง 10-15 คน

4. The intensive case management model ผู้ป่วยที่ให้การดูแลรูปแบบนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยที่สุด ต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือหรือทำแทนให้

5. Strengths model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง การดูแลรูปแบบนี้มีพื้นฐานหลัก 6 ประการ ได้แก่ 5.1) ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 5.2) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย 5.3) เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก 5.4) สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่ 5.5) ให้ บริการ

ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นหลัก 5.6) เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาอาการทางจิตให้ดีขึ้น ทั้งยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 6) Rehabilitation model คล้ายกับรูปแบบ Strengths model แต่รูปแบบนี้ เน้นผู้ป่วยเป็นหลัก ตั้งแต่การประเมิน การรักษา และฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.5 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการการรายกรณี (case management)

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีให้ประสบความสำเร็จอย่างมีคุณภาพ มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (Collaborative Practice) แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map หรือ Clinical pathway) ผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) (ยูดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (Collaborative Practice) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการประสานความร่วมมือ ให้การดูแลร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client - center approach) เน้นการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย (Cohen, 1996) ร่วมกันกำหนดแผนแนวทาง และรูปแบบการดูแล โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map หรือ Clinical pathway) เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้น (Yoder, 1995) โดยในแผนจะระบุปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ และผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ตลอดช่วงการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับที่บ้าน จนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถประเมินผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ หากผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างจากที่กำหนดไว้แสดงว่าเกิดความแปรปรวน อาจมีบางสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากแผนการดูแล (Care Maps) ที่วางไว้ (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2545) ผู้จัดการรายกรณีใช้แผนการดูแลเป็นเครื่องมือในการประสานการดูแลร่วมกัน แผนการดูแลนี้สามารถเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการดูแลได้ หากมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนของการรักษา เช่น ตัวผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัว ระบบการบริการ และผู้ให้การดูแล ซึ่งความแปรปรวนมีได้ทั้งบวก เช่น ผู้ป่วยมีสุขภาพดีเร็วกว่ากำหนด ความแปรปรวนด้านลบ เช่น ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (จินดนา ลีละไกรวรรณ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) เป็นต้น

3. ผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) จากการศึกษา พบว่าผู้ทำบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ (Powell, 1996) พยาบาลที่สามารถทำ

หน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ควรจะมีคุณสมบัติดังนี้ คือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีทักษะการดูแลขั้นสูง มีภาวะผู้นำ (Cohen & Cesta, 2001) สำหรับต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าการทำบทบาทหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เหมาะสมมากที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง มีความรู้ทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพอื่นๆ ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยบางแห่งเป็นพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะสาขา หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี (Lynn et al., 1993)

2.6 กระบวนการ และขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตามแผน ประสานงาน ติดตามผลลัพธ์ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และมีผู้จัดการหลัก (Case manager) เป็นผู้นำกระบวนการไปใช้ตามขั้นตอน กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; เขียวลักษณ์ มีบุญมาก, 2004; จินตนา ยูนิพันธุ์และอัญชลี ไพบูลย์, 2546; ปราชญ์ บุญยงศิริโรจน์, 2546; Flarey, 1995; Powell, 1996)

1. การคัดกรอง และเลือกผู้ป่วย (Case screening and Selection) ผู้จัดการรายกรณี ร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพพิจารณากำหนดเกณฑ์ คุณสมบัติการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการดูแลรายกรณี และทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ คุณสมบัติที่กำหนด

2. การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (Assessment) หลังจากที่ได้เลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้แล้ว ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ศึกษา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยจากหลายๆ แหล่ง เช่น จากครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อมทั้งด้านครอบครัวและสังคมแบบองค์รวม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม สภาพปัญหาและความต้องการด้านอื่นๆ นำมาสรุปวิเคราะห์ข้อมูล และหาทางเลือกในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม

3. การวางแผนให้การดูแล (Care Maps) โดยทีมสหวิชาชีพประชุมร่วมกัน กำหนดแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ในแผนการดูแลประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังให้การดูแล กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม และระยะเวลาดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้นใช้เวลา 0-3 เดือน ระยะกลางใช้เวลา 3-6 เดือน และระยะยาวใช้เวลา

6-12 เดือน (เขาวลัทธิ มีบุญมาก, 2004) ความถี่ของการดูแล แบ่งตามระดับความรุนแรง สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) คือ ระดับ 1 ให้การดูแลที่บ้าน 2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ ความรุนแรงระดับ 2 ให้การดูแลที่บ้าน 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ ความรุนแรงระดับ 3 ให้การดูแลที่บ้าน 4 สัปดาห์ ต่อครั้ง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ให้การดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้หมดไป และส่งต่อเครือข่ายในชุมชนให้การดูแลต่อเนื่องต่อไป แผนการดูแล (Care Maps) สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงได้ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ประเมินได้ในขณะที่ดูแลนั้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547)

4. การปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuous case management) ผู้จัดการหลัก (Case manager) เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง และกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทีม ให้การดูแลตามแผนที่กำหนดไว้ ทำการประเมินข้อมูล ปัญหาความต้องการซ้ำทุกครั้งที่ลงไปดูแลที่บ้าน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ได้รับจากการดูแลช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ พร้อมกับทบทวนแผนการดูแล กิจกรรมที่ให้การดูแลช่วยเหลือ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบที่ได้รับจากบริการดูแลช่วยเหลือ

การยุติและออกจากการดูแล (Exit) ลักษณะผู้รับบริการที่สามารถยุติการดูแลได้แล้ว ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาบริการของผู้จัดการรายกรณี 2) การดูแลบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ใช้บริการนี้ต่อไป (เขาวลัทธิ มีบุญมาก, 2004; ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) ขั้นตอนการยุติบริการดูแล ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมก่อนยุติ โดยประชุมทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย 2) ประสานกับญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมทำการสิ้นสุดสัมพันธภาพ บอกเหตุผลที่ชัดเจนของการยุติบริการ ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน วิธีการกลับเข้าสู่กระบวนการจัดการรายกรณีใหม่อีกถ้าจำเป็น และ 3) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อรับการติดตามดูแลต่อเนื่องต่อไป (จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชลี ไพบูลย์, 2546)

5. การติดตามประเมินผลครั้งสุดท้ายหลังจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล (Final Evaluation and post-discharge follow-up) โดยติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากระบบการดูแล อาจใช้ โทรศัพท์ หรือไปด้วยตนเอง หรือประสานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการกำเริบ และการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ติดตาม ตามความจำเป็น (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; จีลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

2.7 บทบาทหน้าที่ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหวิชาชีพ

สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องเพราะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตและมีอาการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ทำให้เกิดผลกระทบ และปัญหาทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ต้องมีทักษะระดับสูง (เรวดี ศิรินคร, 2543 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ได้แก่ทักษะทางด้านต่อไปนี้ 1) ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ 2) ทักษะด้านการสื่อสาร (Communication Skill) 3) ทักษะการร่วมมือ (Collaboration Skill) 4) ทักษะการทำงานเป็นทีม 5) ทักษะการประเมิน (Assessment Skill) 6) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skill) 7) ทักษะการเจรจาต่อรอง 8) ทักษะการจัดการองค์กร บริหารเวลา (Organization and Time Management) 9) ทักษะและความรู้ด้านกระบวนการขององค์กร และการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รู้ระบบการเงินและวิธีจัดการที่คุ้มค่า การประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพ การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องตามกฎหมาย

บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่สำคัญๆ ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และบทบาทตัวแทนผู้ป่วยในการเจรจาต่อรอง (Cohen, 1996) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพดีที่สุด และช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย พอจะอธิบายได้ดังนี้

1. บทบาทผู้ดูแล (Caregiver's Role) ผู้จัดการรายกรณีสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้รับบริการ และใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแผนการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ (Care Maps) เพื่อตอบสนองความต้องการและการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมกับส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอน ให้คำปรึกษา (Brown, 1982)

2. บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator's Role) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้แผนการดูแลร่วมของทีมสหวิชาชีพ (Clinical Pathway) เป็นเครื่องมือในการประสานความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพ (Yoder, 1995)

3. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocate's Role) โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลตามความคาดหวัง หรือความต้องการ โดยเป็นตัวแทนผู้รับบริการเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Cohen & Cesta, 2001)

4. บทบาทตัวแทน (Broker's Role) ทำหน้าที่เป็นตัวแทนหรือนายหน้า ช่วยเหลือ เชื่อมโยง กับแหล่งช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุน หรือผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นตัวแทนติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้รับบริการในทุกกิจกรรมการพยาบาล

ที่จะให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้ค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่จำกัด

ดังนั้น บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปให้เห็นการทำหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกรับไว้ดูแล จนกระทั่งจำหน่ายและส่งต่อการดูแล ดังนี้

1. เลือกผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำหรับเข้าสู่ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน (Assessor) ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวด้านปัญหา ความต้องการดูแล สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และเศรษฐกิจ การเงิน (Mueser, 1998)
2. ทำหน้าที่วิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้ศึกษารวบรวมได้
3. ทำหน้าที่วางแผน (Planner) การดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ
4. ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแลตามแผนพร้อมกันนี้ทำการปรับปรุงแผนร่วมกัน ทั้งยังเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในกิจกรรมการดูแลโดยตรงของพยาบาลผู้จัดการ ได้แก่ การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม
5. ติดตาม และควบคุมกำกับกับการปฏิบัติกิจกรรม และผลลัพธ์ของการดูแลตามแผน
6. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ของการดูแลตามที่ต้องการ

ทีมสหวิชาชีพในกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่าของต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย จิตแพทย์ เป็นหัวหน้าทีม (team Leader) พยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) บุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับ สารเสพติด (substance abuse specialist) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (peer specialist) ที่ปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ (employment consultant, job or vocational specialist) ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (remaining clinical staff) และผู้ช่วยประสานงานและบริหารโปรแกรม (program administrative assistant) (Stein & Santos, 1998) ต่างประเทศนั้นมีบุคลากรทีมสุขภาพเพียงพอต่อระบบการดูแล หากแต่ประเทศไทยยังมีบุคลากรไม่เพียงพอ พบว่าทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลโดยการจัดการรายกรณีประกอบด้วย แพทย์หรือจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์เป็นต้น ซึ่ง

ในทีมสหวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ ต่างมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; นวียาภิรมย์, 2541; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1. แพทย์หรือจิตแพทย์ มีบทบาทและหน้าที่ด้านการตรวจ การวินิจฉัยโรค การตรวจสภาพจิต อาจมีการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษต่างๆ เช่น ตรวจคลื่นสมอง ทดสอบทางจิต การวิเคราะห์แนวโน้มหรือพยากรณ์โรค และวางแผนให้การดูแลรักษาด้วยยา หรือวิธีการทางจิตสังคม หรือการทำจิตบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย

2. พยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิต สังคมผู้ป่วย มีหน้าที่ คัดกรองและ ประเมินสภาพกายและจิตสังคมของผู้ป่วย สัมภาษณ์ วิเคราะห์ความผิดปกติของอาการทางจิตและสาเหตุที่เกิดขึ้น ประเมินภาวะแทรกซ้อนของการรักษาและยา ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านและเครือข่ายในชุมชน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาและการป้องกันการเกิดอาการป่วยซ้ำ ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ ให้การบำบัดรักษาโดย ทำจิตบำบัดแบบต่างๆ เช่น จิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัด จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ฟื้นฟูการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิต ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและบริการทางสังคมอื่นๆ ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

3. เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ในการผลิตยา จัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วย และตามแผนการรักษา ร่วมวิเคราะห์ผลการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดกับอาการทางจิต ให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาเรื่องยาแก่บุคลากรในทีมพยาบาล

4. ผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพระดับอำเภอ มีการประสานงานและเอื้ออำนวยให้ได้เข้าถึงกระบวนการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย

5. นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ตรวจสภาพจิต และเชาว์ปัญญาโดยแบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบทดสอบทางสติปัญญา และแบบทดสอบอื่นๆ พร้อมกับสรุปผลที่ได้จากแบบทดสอบนั้นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนแนวทางรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว เป็นต้น

6. นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ประเมินสภาพปัญหา สถานการณ์ สิ่งแวดล้อม สังคม ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ความต้องการทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ของผู้ป่วย มีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ วางแผนการรักษา ช่วยเหลือผู้ป่วยและ

ครอบครัวในปัญหาต่างๆ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ในชุมชน

7. นักโภชนาการ มีบทบาทหน้าที่ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ คำนวณ ปริมาณ แคลอรีในสารอาหาร และจำนวนที่ร่างกายต้องการ จัดเตรียมอาหารตามความต้องการและเหมาะสมให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอนและสาธิตการปรุงอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยตามภาวะโรคที่เป็นอยู่ ทำโภชนะบำบัด เป็นต้น

8. นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ด้านประเมินข้อมูลเบื้องต้น วินิจฉัย วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายผู้ป่วย และส่งเสริมการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

9. ผู้ดูแลหลักและแกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมของสังคม การฝึกทำงานเพื่อประกอบอาชีพตามสมรรถภาพของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทในการค้นหา คัดกรองเบื้องต้น เฝ้าระวังอาการและป้องกันความรุนแรงจากอาการทางจิต

2.8 ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณี

จากการทบทวนการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ผลมีการวัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย สามารถสรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้จ่ายค่าบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสิทธิภาพด้านผู้รับบริการ ได้แก่ สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น ลดอาการรุนแรงทางจิต (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547; ปาริชาติ ใจสุภาพ, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สันชัย จำจิตรขึ้นและเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008; Bigelow & Young, 1991; Chan et al., 2000) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; ผการัตน์ ถาวรวงค์และคณะ, 2548; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548; สันชัย จำจิตรขึ้นและเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (วรารักษ์ มารักษ, 2548; สันชัย จำจิตรขึ้นและเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008; Mueser et al., 1998) กลับเข้าทำงานได้เร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและอยู่ในชุมชนนานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bigelow & Young, 1991; Mueser et al., 1998) ลดการใช้สารเสพติด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547) ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ในรูปแบบการจัดการรายกรณี (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; ปาริชาติ ใจสุภาพ, 2547; นงนุช แทนบุญไพรัตน์ และคณะ, 2547; วรารักษ์ มารักษ, 2548 ; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สันชัย จำจิตรขึ้นและเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008; Bigelow & Young,

1991; Brown, 1992; Dogen & JambunaThan, 1992; Roffolo & Nichols, 1994; Mueser et al., 1998) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ลดการล่าช้า (ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสมรรถภาพทางสังคมดีขึ้น (วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สันชัย น้าจิตรชื่นและเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2008; Killaspy et al., 2006)

2. ประสิทธิภาพด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีคุณภาพการดูแลอย่างมีมาตรฐาน ลดการดูแลแบบแยกส่วน ไม่เกิดการซ้ำซ้อนของบริการ ไม่เกิดการะงวนมาจนเกินไป ใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด (ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; Chan & Wong, 1999) การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทีมสหวิชาชีพจัดทำแผนร่วมดูแล (Clinical Pathway) ผู้จัดการหลัก ใช้แผนร่วมเป็นเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเป็นเครื่องมือประเมินผลการดูแล ทำให้ทีมสหวิชาชีพเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน (ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546; นงนุช แทนบุญไพรัตน์ และคณะ, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; Dogen & JambunaThan, 1992; Roffolo & Nichols, 1994)

3. ประสิทธิภาพด้านผู้จ่ายค่าบริการ ได้แก่ ควบคุมหรือลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยย่นเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งต่อไปให้ห่างออกไปได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องขึ้น (นาวพร ตรีโอบฐ์, 2544; ลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์, 2546; Chan & Wong, 1999)

3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.1 ความหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง กระบวนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล โดยใช้หลักฐานหรือความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพ ร่วมกับข้อมูลประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นทางคลินิก หรือความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด ผสมผสานกับความชำนาญของผู้ปฏิบัติทางคลินิก ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เรียกว่า การปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

3.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการพัฒนาที่มีขั้นตอน และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีดังนี้ (Mason, 1994)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดย ระบุความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลในองค์กรที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลหรือประเด็นปัญหานั้นๆ (SWOT analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ทำความกระจ่างกับข้อมูล ปัญหาแนวโน้มในการแก้ปัญหา และตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่จะนำไปใช้ในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินคุณค่าของหลักฐาน ให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจำนวนผู้ป่วยที่จะใช้ในโครงการนำร่อง เวลา วิธีที่จะวัดผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 5 สร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline หรือ CNPG) หรือมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และนำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 6 การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ และประเมินการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลลัพธ์ ประเมินเป็นระยะๆ รวมทั้งผลกระทบของผู้รับบริการ และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ได้ ทั้งด้านประสิทธิผลของการนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เช่น อัตราการกำเริบซ้ำลดลง ระยะเวลาวันนอนลดลง ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ ลดขั้นตอนการบริการลง ลดระยะเวลาให้บริการ ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาล

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล มีขั้นตอนที่สรุปได้ ดังนี้ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหาหลักฐานงานวิจัย 3) การประเมินและวิเคราะห์หลักฐานงานวิจัย 4) การสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัย 5) ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 6) การประเมินผล

3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ มีการพัฒนาโดย เริ่มต้นมาจาก กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นผู้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และนำไปใช้ในชุมชนแพร่หลายออกไปอย่างกว้างขวาง และได้รับการสนับสนุนให้เป็นคู่มือที่ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ต่อมาได้จัดทำเป็นคู่มือการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับพยาบาลในชุมชน ซึ่งได้ผ่านการปรับปรุง โดยได้รับคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ก่อนนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

จากการศึกษาผลสำเร็จของการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถดูแลตนเองมากขึ้นหลังการติดตามดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมากขึ้น (จันทรา ธีระสมบุญ, 2543) ญาติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่บ้านระดับมาก (จลิ เจริญสรรพ, 2542) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบบริการและเกิดผลลัพธ์ที่นำมาผลิตการวิจัย การสร้างเทคโนโลยี การผลิตเอกสารไปใช้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ทางด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ พบว่าเกิดกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีการขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การสร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งในชุมชน พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ส่วนมากรับประทานยาได้ด้วยตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมของ ครอบครัวและชุมชนได้ (เสาวลักษณ์ ยิ้มเย็น, 2544) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ชุมชนสามารถดำเนินโครงการเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 24 โครงการ (จลิ เจริญสรรพ, 2543) และเกิดโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอ พุนพิน และ อำเภอบ้านนาเดิม โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง จำนวน 33 โครงการ (คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, 2544) และปี 2545 ชุมชนในพื้นที่ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอชัยบุรี เกียนซา เวียงสระ ไชยา เกาะสมุย และเกาะพะงัน สามารถดำเนินโครงการเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 46 โครงการ

จากผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ตั้งแต่ ปี 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน และด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ ได้ดำเนินการจัดการผลสำเร็จของงาน (Performance Management) นำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ SWOT Analysis และกระบวนการ Balanced Scorecard: BSC จนกระทั่งเกิดการพัฒนา ด้านเทคโนโลยีสุขภาพจิต การพัฒนาระบบสื่อสาร ประสานงาน การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกัน โดยมีการจัดทำแผนการดูแลร่วม โดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีผู้รับผิดชอบหลัก (Case manager) ใช้แผนการดูแลเป็นเครื่องมือประสานงาน พร้อมกับสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในชุมชน (Clinical Nursing practice Guideline) ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลโดยผสมผสานการจัดการรายกรณี (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

ข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษา และทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังกล่าวมาแล้ว พบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้กลับมาอยู่บ้านหรือในชุมชนไม่นาน มีอาการกำเริบซ้ำสูง และถูกส่งกลับมานอนรักษาซ้ำ เกิดจากปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรม ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว เกิดขึ้นสืบเพิ่มขึ้นจากการดูแลปัญหาการไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและช่วยเหลือครอบครัวได้ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือควรดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ จึงต้องดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยแต่ละรายตามปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า การจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พยาบาลจิตเวช มีเอกสิทธิ์หรือบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะบทบาทเป็นผู้จัดการหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมทั้งบทบาทของผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่า 2 ครั้ง ใน 1 ปี มีการใช้ยาหรือสารเสพติด มีปัญหาขัดแย้งในครอบครัว มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และลดการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่จำกัดอายุ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอ บ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวนประมาณ 245 คน (โรงพยาบาลบ้านนา, 2550) ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน เพื่อมารับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาโดยใช้การจัดการรายกรณีครั้งนี้ มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำเข้ามาศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV หรือ ICD-10

2. มีใบส่งตัวให้กลับมารับการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา และมีปัญหายุ่งยากหรือซับซ้อนในการดูแลข้อใดข้อหนึ่งร่วมด้วย ดังต่อไปนี้

2.1 มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการทางจิต มากกว่า 2 ครั้ง ใน 1 ปี หรือ

2.2 รับประทานยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ หรือ

2.3 มีการใช้ยาหรือสารเสพติด หรือ

2.4 มีความขัดแย้งในครอบครัวหรือ

2.5 มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา ดังนั้น ผู้ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 ราย เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สถานที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนา จำนวน 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนา มีสถานอนามัยจำนวนทั้งหมด 14 แห่ง มีศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง ที่เป็นเครือข่ายและมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบ้านนา ร่วมดูแลให้บริการผู้ป่วย มีประชากรที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด จำนวน 69,050 คน ให้บริการผู้ป่วยทั่วไป

โรงพยาบาลบ้านนา ให้บริการผู้ป่วยทั่วไป มีการดูแลผู้ป่วยหลายสาขา มีอัตรากำลังด้านสุขภาพจำนวน 204 คน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 6 คน ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน เภสัชกร จำนวน 4 คน นักโภชนาการ จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 84 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 20 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ อีก จำนวน 86 คน โรงพยาบาลบ้านนาอยู่ในช่วงพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน Hospital Accredited (HA) และคุณภาพด้านการพยาบาล (Quality Accredited -QA) มีเป้าหมายการรับรองคุณภาพ โดยมีพันธกิจ “ในปีงบประมาณ 2552 โรงพยาบาลบ้านนา เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ ให้บริการแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ผสมผสานการแพทย์ทางเลือก และผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสุขภาพดี มีความพึงพอใจ ภายใต้การบริหารจัดการที่ดี ยึดหลักธรรมาภิบาล ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง และเจ้าหน้าที่มีความสุข”

หน่วยงานจิต-สังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบในหน่วยงาน 2 คน ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการอีก 1 คน มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 1 คน ทำหน้าที่ดูแลหลักและเป็นที่ปรึกษาให้กับ หน่วยงาน จิต-สังคมบำบัด โดยมีขอบเขตรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก บริการดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการในคลินิกผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกทำหน้าที่ ประเมิน คัดกรองผู้ป่วย หากพบอาการผิดปกติทางจิต ส่งปรึกษาแพทย์ หรือปรึกษาเรื่องการส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องต่อไป ทำจิตบำบัดรายบุคคลและครอบครัว ให้คำปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตต่างๆ ในกรณีที่โรงพยาบาลบ้านนาไม่มียาตามแผนการรักษา พยาบาลผู้รับผิดชอบจะ

ปรึกษาแพทย์เขียนใบส่งตัวให้ไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลในเครือข่ายได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่ระบุไว้ และขึ้นอยู่กับความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย หรืออื่นๆ จะประสานการดูแลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลงานหลักประกันสุขภาพ

2. ให้บริการด้านการติดตามให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ได้แก่ ปัญหาความขัดแย้งกับญาติหรือสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการใช้ยาและสารเสพติด ร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจขาดแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและมีแนวโน้มถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

3. งานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน และชุมชน ได้แก่การเป็นวิทยากรอบรมถ่ายทอดความรู้ แก่นักเรียนในเขตรับผิดชอบของอำเภอบ้านนา ฝึกทักษะนักเรียนแกนนำในการเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ให้กับเพื่อนๆ ในโรงเรียน และฝึกทักษะการเป็นที่ปรึกษาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่การถ่ายทอดความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์การบริหารส่วนตำบล การค้นหา คัดกรอง การส่งต่อเข้าระบบการบำบัดรักษายังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ช่องทางการเข้าถึงระบบบริการงบประมาณจัดโครงการสร้างการมีส่วนร่วมนี้จากการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบล แต่ละตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันวางแผน เขียนโครงการเสนอขออนุมัติงบประมาณดังกล่าว โดยผู้ศึกษาเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรสาธารณสุข (PCU) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนด้วย

ระยะเวลาการศึกษา

ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2551- 22 มีนาคม 2552 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และทางกาย ทั้งประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติครอบครัว สภาพแวดล้อมในครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นแล้วนั้น ผู้ศึกษายังได้นำแบบประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และแบบประเมินการตรวจสภาพจิตมาใช้ร่วมในการประเมินผู้ป่วยด้วย

1.2 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ศึกษานำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพัฒนาโดย สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2546) มาใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผนให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (ภาคผนวก ข) ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะอาการ และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยทางท่าทาง ความคิด ความสามารถควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การประกอบอาชีพ การดูแลสุขอนามัยและการรับประทานยา แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยของผลรวมของคะแนนที่ได้ทั้งหมด แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 1** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 2** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาปานกลาง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 3** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลามาก เป็นผู้ที่ยังตนเองได้ หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผู้ศึกษานำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งพัฒนาโดย สุวิมล สมิตตะ (2541) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (23 ข้อ) และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (25ข้อ) (ภาคผนวก ข) โดยที่แบบสอบถาม **ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนแบบสอบถาม **ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม** ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การควบคุมอารมณ์ การแสดงออกทางท่าทางจำนวน การเข้าสังคม และการสนใจสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตั้งแต่ปฏิบัติน้อยที่สุด ไปจนถึงปฏิบัติมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และ

แปลผลตามช่วงคะแนนที่ได้ สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่มตามความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ

1.4 แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบบันทึก ซึ่งเป็นแบบที่ใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ปัญหาที่พบก่อนการดูแล กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับดูแลในแต่ละระยะ ตลอดการดำเนินการศึกษา (ภาคผนวก ก)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Maps)

เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพ ประชุมวางแผนร่วมกัน ผู้ศึกษาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พัฒนาโดย จลิ เจริญสรรพ (2548) ซึ่งแบ่งการดูแลที่บ้านออกเป็น 3 ระยะๆ ละ 4 สัปดาห์ โดยที่ในแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Maps) จะระบุเป้าหมายของกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น ระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนของทีมสหวิชาชีพในแต่ละกิจกรรม โดยผู้จัดการรายกรณี จะใช้แผนนี้เป็นเครื่องมือประสานการดูแลร่วมกัน และเป็นการสะดวกในการตรวจสอบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วน ตามกิจกรรมที่วางแผนไว้หรือไม่ หรือตามระยะเวลาที่กำหนด หากผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ หรือพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ในระหว่างการดูแล ก็จะนำแผนการดูแลนี้มาประชุมปรับเปลี่ยนกิจกรรม และกระบวนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในขณะนั้นๆ เป็นระยะๆ (ภาคผนวก ข)

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline- CNPG) เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดย จลิ เจริญสรรพ และคณะ (2548) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนต่างๆ ได้แก่ ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่ได้จากการประเมินกิจกรรมพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention) และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome) โดยที่กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแบบแผนประกอบด้วย กิจกรรมหลักๆ 7 กิจกรรม ดังนี้คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและ

ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 6) การจัดการกับความเครียด 7) กิจกรรมส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ภาคผนวก ข)

2.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติ

ผู้ศึกษาร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลบ้านนาได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติขึ้น เพื่อใช้เป็นคู่มือสอนผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญๆ ได้แก่ โรคจิตเภท อาการ การดำเนินของโรค การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความเครียดและผลกระทบ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการคลายเครียด การสื่อสารในครอบครัว และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ (ภาคผนวก ข)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of the Right of Human Subjects)

ก่อนเริ่มการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมศึกษา ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงการที่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา ความต้องการ และการวางแผนในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพ ตลอดระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบบทบาทสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษานี้ นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษา ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษาจนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามถอนตัวออกจากการศึกษารั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การจัดการรายกรณี จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการศึกษารั้งนี้

1.2 ขั้นเตรียมผู้ดำเนินการศึกษา

การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครั้งนี้ นอกจากที่ผู้ศึกษาได้เข้าศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ผู้ศึกษายังได้มีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

อบรมเชิงปฏิบัติการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โปรแกรมจิตสังคมบำบัด จัดโดยสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20-26 สิงหาคม 2544 และอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ คือ วันที่ 14-15 มกราคม 2545 วันที่ 10-14 มกราคม 2548 และวันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2552

อบรมเชิงปฏิบัติการบูรณาการเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด จัดโดยสำนักงานปราบปรามยาเสพติดภาค 2 เมื่อวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2550

อบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาล จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 11-13 มิถุนายน 2550

อบรมโครงการอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับพยาบาลในชุมชน และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จัดโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 เขตตรวจราชการที่ 8 โดยมีอาจารย์ จลิ เจริญสรรพ เป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 27-30 พฤษภาคม 2551

อบรมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเทคนิคสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน เมื่อวันที่ 19-23 มกราคม 2552 โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 และร่วมทีมวิจัยของศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 ศึกษาวิจัยในพื้นที่หมู่ที่ 11 ตำบลป่าชะ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

อบรมฟื้นฟูความรู้โปรแกรมการสร้างเสริมจิตใจ ป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย จัดโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์โดยมีนายแพทย์ ประเวช ดันดิพัฒน์สกุล เป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 27-28 มกราคม 2552

1.3 ภายหลังจากที่โครงร่างงานวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้ทำการศึกษาได้ทำหนังสือยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

1.4 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลบ้านนา ขอความร่วมมือให้ผู้ศึกษาดำเนินโครงการศึกษา ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการศึกษา เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

1.5 หลังจากได้รับอนุมัติให้ลงมือเข้าไปศึกษาได้ ผู้ศึกษาประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพชุมชน และเข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลงานหลักประกันสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับ วิธีการ ขั้นตอนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และบทบาทของพยาบาล ผู้จัดการหลัก (Case manager)

2. ขั้นตอนการ

ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจ และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับใบตอบกลับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช จากทะเบียนในหน่วยงานจิต-สังคมบำบัด และนำข้อมูลเหล่านี้เข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านนา พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่รับใบตอบกลับในช่วงระหว่างดำเนินการศึกษามาได้ 7 ราย และร่วมกันพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ และได้คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดได้จำนวน 5 ราย จากนั้นผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี พร้อมกับพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ศึกษาซึ่งทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เข้าไปพบผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 (ระยะแรกรับที่บ้าน) ศึกษาข้อมูลด้วยการ แนะนำตัว และหน่วยงานที่สังกัด แจ้งวัตถุประสงค์ของการดูแลที่บ้านและกิจกรรมการพยาบาล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการศึกษาพร้อมทั้งเอกสารแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่สนใจจะเข้าร่วมศึกษาหลังจากผู้ป่วยและญาติตอบตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ตามแบบที่คณะกรรมการฯ กำหนดก่อนที่จะเริ่มทำการศึกษา

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) จากแฟ้มประวัติ และจากการลงไปศึกษาและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประเมินสมรรถภาพ ตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) และประเมินแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน (Gordon, 1978)

2.3 ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) จากประเด็นปัญหาที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 ขั้่นวางแผนการดูแลที่บ้าน โดยประมุข (Care Maps) และ วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Clinical Nursing Practice Guideline – CNPG) ดังนี้

2.4.1 กำหนดแผนการดูแลที่บ้าน (Care Maps) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะๆ ละ 4 สัปดาห์ (ภาคผนวก ข)

2.4.2 วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลที่บ้าน ตามแบบแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ จลี เจริญสรรพ (2548) (ภาคผนวก ข)

2.5 ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการจัดการรายกรณี (Case management) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติโดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักดูแลรักษา ร่วมกับนักศึกษาและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งนักศึกษาใช้บทบาทด้านการติดต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม

2.6 ขั้่นการประเมินผล (Evaluation) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาเป็นผู้ทำหน้าที่ประเมินผล สำหรับการประเมินผลดำเนินการประเมินในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี คือ

ขั้นแรกรับผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชน นำมาวินิจฉัยปัญหา

ขั้่นวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Care Maps) ทำการประเมินแผนที่วางไว้ว่าแผนการดูแลครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือไม่

ขั้่นลงมือดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ติดตามประเมินผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพครบตามกิจกรรมที่วางแผนหรือไม่ หลังให้กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่อย่างไร และยังขาดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาส่วนที่ประเมินได้ใหม่หรือไม่ ซึ่งในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งทีลงไปดูแลที่บ้าน เพราะปัญหาที่พบเกิดเพิ่มขึ้นใหม่ได้ เมื่อได้ปัญหาใหม่เพิ่มขึ้นมาผู้ศึกษาได้นำข้อมูลปัญหาเข้าร่วมประชุมปรับแผนการดูแลและกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาในขณะดูแลได้

ขั้นการติดตามประเมินผลผลลัพธ์จากการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลผลลัพธ์จากการดูแลของทีมวิชาชีพ โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดังนี้

2.6.1 สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ซึ่งเป็นแบบประเมินชุดเดียวกันกับเมื่อแรกรับที่บ้าน (ภาคผนวก ข)

2.6.2 ความสามารถดูแลตนเอง (Self care) โดยแบ่งเป็น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (ภาคผนวก ข)

2.6.3 การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประเมินจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเข้านอนในโรงพยาบาลจิตเวช ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ขณะดูแลที่บ้าน

2.6.4 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต ในวันที่สิ้นสุดการดูแลรายกรณี

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการศึกษา เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สมรรถภาพผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยบรรยายลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เฉพาะลักษณะที่สำคัญของข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ละรายที่เข้าร่วมศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลด้าน สมรรถภาพผู้ป่วย การดูแลตนเอง (Self care) (ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ย

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการบันทึกการสัมภาษณ์และการสังเกตของญาติหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้การดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี และข้อมูลจากแบบบันทึกเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยข้อมูลดังกล่าวจะนำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชุมชนอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ในช่วงระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2551 ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2552 ผู้ศึกษาได้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมศึกษา การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการศึกษาตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

โดยจะนำเสนอผลเป็นรายบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม

- การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 7 ขึ้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังได้แก่

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม
- การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพของผู้ป่วย อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดในอดีต ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดในปัจจุบัน อาชีพของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคทางจิตเวช ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ผู้ป่วยนามสมมุติ)

ข้อมูลผู้ป่วย	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5
	นางจิตต์	น.ส.วี	น.ส.เจ	นายวัลย์	น.ส.โก
เพศ	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง
อายุ (ปี)	47	31	46	37	32
สถานภาพสมรส	หม้าย	โสด	โสด	โสด	คู่
การศึกษา	ป.ตรี	อนุปริญญา	ป.ตรี	มัธยม 5	ปวช.
อาชีพของผู้ป่วย	ว่างงาน	ว่างงาน	ว่างงาน	ว่างงาน	ค้าขาย
อายุที่ป่วย เป็นโรคจิตเภท (ปี)	22	20	22	17	22
ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน (ปี)	25	11	24	20	10
ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดในปัจจุบัน	บุหรี	ไม่	ไม่	บุหรี เหล้า	ยาบ้า บุหรี เหล้า
อาชีพของครอบครัว	ทำนา	ค้าขาย	รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย	ค้าขาย
รายได้ในครอบครัวเฉลี่ย/เดือน(บาท)	3,000	12,000	85,000	25,000	3,000
ประวัติในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท	พี่ชาย	ไม่มี	มารดา	ป้า	ไม่มี

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 1 ราย อายุอยู่ระหว่าง 31-47 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด การศึกษาจบระดับปริญญาตรี 2 ราย อนุปริญญา 1 ราย ปวช. 1 ราย และ ออกจากโรงเรียนขณะกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมปีที่ 5 จำนวน 1 ราย ด้านอาชีพสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้เพียง 1 ราย นอกนั้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวมีรายได้ที่ค่อนข้างแตกต่างกันมาก รายได้ต่ำสุดเฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท และครอบครัวที่มีรายได้สูงสุดเฉลี่ยเดือนละ 85,000 บาท พักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา 4 คนและอีก 1 ราย พักอาศัยอยู่คนเดียวที่บ้านของตนเองไม่ยอมให้ใครมาพักอาศัยอยู่ด้วยแต่มีพี่สาวและหลานอยู่บ้านร่วมติดกันคอยดูแล ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยทั้งหมดมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองและปลูกอย่างมั่นคงถาวร

ผู้ป่วยทั้ง 5 รายเริ่มมีอาการเจ็บป่วยในขณะอายุระหว่าง 17-22 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยค่อนข้างยาวนาน คือระหว่าง 10-11 ปี จำนวน 2 ราย และ 20-25 ปี จำนวน 3 ราย ด้านประวัติการใช้ยาและสารเสพติดจะพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนถึง 3 ใน 5 รายมีประวัติในอดีต เคยใช้มาก่อนการเจ็บป่วย ส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว พบมีผู้ป่วย 3 ราย ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช ระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ทำการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีประวัติเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบซ้ำ หลังจากแพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อมาดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา จึงได้รับการดูแลโดยการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การคัดกรองและเลือกผู้ป่วย ขั้นที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ขั้นที่ 3 การระบุปัญหาและความต้องการ ขั้นที่ 4 การวางแผนให้การดูแล (Care Maps) ของทีมสหวิชาชีพ ขั้นที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลตามแผน ขั้นที่ 6 การติดตามประเมินผล และขั้นที่ 7 การเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย โดยในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 5 ราย มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการดำเนินการศึกษา และผลการศึกษาซึ่งขอเสนอแต่ละราย ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 นางจิตต์ (นามสมมติ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี สถานภาพสมรส หม้าย จบการศึกษาปริญญาตรี ปัจจุบันไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 22 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน 25 ปี ไม่เคยใช้ยาหรือสารเสพติดมาก่อน ปัจจุบันสูบบุหรี่วันละ 20-30 มวน อาชีพของครอบครัว ทำนา มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท มีพี่ชายป่วยด้วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรอง

ผู้ป่วยมีประวัติเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระยะเวลา 25 ปี ที่เจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลมากกว่า 15 ครั้ง และใน 1 ปีนี้เข้าอนรักษซ้ำ 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา รับประทานยาจิตเวชไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมกลับไปพบแพทย์ตามนัด มีความขัดแย้งกับญาติและครอบครัว ชอบเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านคนเดียว ซึ่งเข้าเกณฑ์การใช้การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยได้ทำการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 2.09 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ คาดว่าคนอื่น ทำที่ไม่เป็นมิตร มีพฤติกรรมทำร้ายพี่สาวเวลาไม่พอใจ มีหลงผิด หวาดระแวงไม่ไว้วางใจใคร

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

ด้านการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.09 คะแนน) ผู้ป่วยไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เก็บตัวนอนอยู่แต่ในบ้านทั้งวันและเปิดเพลงเสียงดังมาก ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับการแปรงฟัน อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายและผม 2 - 3 วัน จึงยอมอาบน้ำและสระผมสักครั้งหนึ่ง เลือกลงและสวมใส่เสื้อผ้าไม่เหมาะสมกาลเทศะ สวมใส่ซ้อนทับกัน 2 ชั้นและสกปรก ไม่ยอมจัดเก็บที่นอนและดูแลเครื่องนอน รวมทั้งไม่ซักผ้าที่ใช้แล้วของตนเอง พี่สาวคอยดูแลทำให้ทุกครั้ง ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ไม่ช่วยเก็บกวาดดูบ้าน ไม่ยอมจัดบ้านและบริเวณส่วนตัว ข้าวของเกลื่อนกลาดไม่มีระเบียบดูรุงรังทั่วบ้าน ไม่มีส่วนร่วมหารายได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพช่วยเหลือครอบครัวได้ ไม่ยอมไปพบแพทย์ตามนัด และไม่ยอมรับประทานยาแบบวันยาทิ้ง และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

ด้านความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.36) โดยในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะผู้ดูแล

ใกล้ชิดและต้องกระตุ้นและทักทายก่อนทุกครั้งจึงยอมพูดคุยด้วย ผู้ป่วยไม่มีเพื่อนสนิทเลยและไม่สามารถพูดคุยและแสดงออกถึงความต้องการของตนเองได้ เรื่องการควบคุมอารมณ์ เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธได้น้อย แสดงอารมณ์โกรธที่ก้าวร้าวแต่ไม่รุนแรง เรื่องการเข้าสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งเมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรมจะเก็บตัวอยู่ในห้อง ไม่ยอมทักทายพูดคุยกับผู้ที่มาเยี่ยม และเรื่องความสนใจสิ่งแวดล้อม ได้แก่การจัดบริเวณที่อยู่อาศัย ไม่สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อยและปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ ปฏิบัติตนตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้องน้อยครั้ง ไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวหรือเหตุการณ์สำคัญจากสื่อต่างๆ จะสนใจเฉพาะข่าวใหญ่ๆ เท่านั้น ไม่สนใจถามถึงบุคคลที่เคยรู้จัก

ขั้นตอนที่ 3 การระบุปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือ

จากการซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว สามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

● ปัญหาด้านผู้ป่วย

1. มีอาการกำเริบซ้ำเข้านอนโรงพยาบาลบ่อย เนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ยอมรับรับประทานยาแอบอมและบ้านยาทั้งประจำ
2. อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ปิดประตูอยู่แต่ในห้องแยกตัวอยู่คนเดียว หมกมุ่นอยู่กับตัวเอง หลงผิดว่าสามีอยู่ด้วยในร่างของตนไม่ยอมให้ญาติมาอยู่ด้วย และไม่ยอมออกไปพบญาติพี่น้องที่บ้านใกล้ๆ
3. ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้
4. ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยด้านความสะอาดร่างกาย ผิวหนังมีคราบโคลกลิ่นเหม็น หมู่มงมีรังแคและกลิ่นเหม็น เสื้อผ้าที่สวมใส่สกปรกมีกลิ่นเหม็นและการแต่งกายไม่เหมาะสม เช่น ใส่เสื้อผ้าซ้อนทับกันหลายๆ ชุด
5. ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น ไม่ช่วยทำความสะอาดบ้าน ซักเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดที่นอน ไม่ช่วยประกอบอาหารหรือเก็บล้างถ้วยจานหลังรับประทานอาหาร
6. สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง ขาดทักษะการเข้าสังคมหรือมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน
7. มีการตัดสินใจ และพฤติกรรมไม่เหมาะสมเช่น ใช้เงินฟุ่มเฟือยโดยไม่มีเหตุผล

● ปัญหาด้านญาติ หรือผู้ดูแล

1. ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต
3. มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

จากการประเมินปัญหาข้างต้น ได้มีการประชุมวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาลำดับที่สำคัญเร่งด่วน เรียงจากมากไปหาน้อย ตามแผนการดูแล (Care Maps) (ภาคผนวก ค) จากปัญหาของผู้ป่วย นางจิตต์ (นามสมมติ) ทั้ง 7 ข้อ และด้านญาติหรือผู้ดูแล 3 ข้อ ได้วางแผนแก้ไขและดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะที่ 1 พร้อมกับประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง ไปทุกระยะของการดูแลจนกระทั่งสิ้นสุดระยะที่ 3 (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

ในแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล ได้กำหนดกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าแต่ละระยะของการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขไม่ได้หมดไปทันทีในแต่ละระยะ ส่งผลให้แต่ละปัญหายังคงต้องติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังคงต้องดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมและพร่องด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างมาก จำเป็นต้องใช้เวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพค่อนข้างนาน

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดีขึ้นหลังจากได้รับการดูแล คือมีระดับ 2 (คะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน)
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น เป็นระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.52) และกิจกรรมทางสังคม เพิ่มขึ้นเป็นระดับ ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.80)
- ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบและไม่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 7 ขั้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บ้าน น.ส.จิตต์ ในระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 9-12 (ระยะการเตรียมญาติ และส่งต่อเครือข่าย) มีการส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดูแล โดยส่งต่อเครือข่าย PCU บ้านหนองคันจาม ตำบลบ้านปรก โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ PCU ติดตามดูแล ประสานเครือข่ายให้ดูแลต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 2 น.ส. วี (นามสมมติ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิง อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส โสด จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ปัจจุบันไม่ทำงาน เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 20 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน 11 ปี เคยใช้ยาลดความอ้วนรับประทานเมื่อตอนเรียนมัธยม อาชีพของครอบครัวค้าขาย รายได้เฉลี่ยเดือนละ 12,000 บาท ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเข้ารับการรักษาลึกในโรงพยาบาล ในระยะเวลาป่วยนาน 11 ปี เข้าโรงพยาบาลทั้งหมด 6 ครั้ง และใน 1 ปีนี้เข้านอนรักษาลึก 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ยอมกลับไปพบแพทย์ตามนัด ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่ยอมรับประทานยาจิตเวช มีพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าเกณฑ์ในการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

- การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยได้ทำการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 2.46 คะแนน ผู้ป่วย มีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบแยกตัวไม่สื่อสารกับใคร พูดจาข่มขู่ ก้าวร้าว พูดไม่ต่อเนื่อง พูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจใคร หลงผิดว่ามีคลื่นกระแสจิตวิญญาณทางไสยศาสตร์ มารบกวนคลื่นสมองของตนเองตลอดเวลา และสมองถูกควบคุมบังคับไว้

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรู้สึกลัวเกินเหตุเหมือนทำให้ประสาทไม่คล่องตัว คิดอะไรไม่ค่อยออกเหมือนถูกกดไว้ ทำให้เชื่องช้าลง ไม่ถูกกับยาที่กินรู้สึกทุกข์ทรมานมากกว่า มีความรู้สึกไม่ดีต่อทีมแพทย์พยาบาลและต่อต้านไม่ไปตรวจและรับยาตามนัด จะขอทดลองหาวิธีอื่นๆ มารักษาเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเก็บตัวแยกตัวอยู่คนเดียว

ความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.36) ในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดคุยหรือสื่อสารกับใคร ต้องกระตุ้นและทักทายก่อนทุกครั้งจึงยอมพูดคุยด้วย ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่มีการติดต่อกับเพื่อนเก่าๆ เรื่องการควบคุมอารมณ์ เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธได้น้อย แสดง

อารมณ์โกรธที่ก้าวร้าวรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งเมื่อครบคร่ำ และชุมชนจัดกิจกรรม จะเก็บตัวอยู่บ้าน ไม่สนใจทักทายพูดคุยกับผู้ที่มาเยี่ยมหรือที่เคยรู้จัก ไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวหรือเหตุการณ์สำคัญจากสื่อต่างๆ จะสนใจเฉพาะข่าวใหญ่ๆ เท่านั้น ไม่สนใจถามถึงบุคคลที่เคยรู้จัก

ขั้นตอนที่ 3 การระบุปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือ

จากการซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว สามารถวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

ปัญหาด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาปฏิเสธการรับประทานยา และไม่ยอมไปพบแพทย์
2. ผู้ป่วยอดอาหาร รับประทานวันละ 1 มื้อ เข้าใจว่าตนเองอ้วน
3. มีอาการกำเริบซ้ำเข้านอนโรงพยาบาลบ่อย เนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ยอมรับประทานยา
4. มีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย คิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตัวเอง และบ่นว่าอยากตาย
5. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษาอาการข้างเคียงของยา
6. ผู้ป่วยมีความบกพร่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการเข้าสังคม
7. มีการตัดสินใจ และพฤติกรรมไม่เหมาะสมเช่น ใช้เงินฟุ่มเฟือยโดยไม่มีเหตุผล

ปัญหาด้านญาติ หรือผู้ดูแล

1. ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต
3. ญาติมีความเครียด ทุกข์ใจกับพฤติกรรมผู้ป่วย ที่มักแสดงอารมณ์รุนแรงต่อบิดามารดา เวลาไม่พอใจหรือไม่ได้อย่างที่ตนต้องการ และมักจะประชด ต่อต้าน
4. ญาติมีความเครียด ทุกข์ใจกับพฤติกรรมผู้ป่วย ที่มักแสดงอารมณ์รุนแรงต่อบิดามารดา เวลาไม่พอใจหรือไม่ได้อย่างที่ตนต้องการ และมักจะประชด ต่อต้าน

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

จากการประเมินปัญหาข้างต้น ได้มีการประชุมวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไข ปัญหาตามลำดับที่สำคัญเร่งด่วน เรียงจากมากไปหาน้อย ตามแผนการดูแล (Care Maps) (ภาคผนวก ข)

จากปัญหาของผู้ป่วย นางสาววิ (นามสมมติ) ทั้ง 7 ข้อ ปัญหาด้านญาติ หรือผู้ดูแลได้วางแผนแก้ไข และดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะที่ 1 พร้อมกับประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องไปทุกระยะของการดูแลจนกระทั่งสิ้นสุดระยะที่ 3 (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

ในแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล ได้กำหนดกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าแต่ละระยะของการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขไม่ได้หมดไปทันทีในแต่ละระยะ ส่งผลให้แต่ละปัญหายังคงต้องติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังคงต้องดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมและพร่องด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างมาก จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพค่อนข้างนาน (ภาคผนวก ก)

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการดูแล เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 3 (คะแนนเฉลี่ย 4 คะแนน)
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.39 คะแนน) และกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน)
- ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 7 ขั้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บ้าน น.ส.วี.ในครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 9-12 (ระยะการเตรียมญาติ และ ส่งต่อเครือข่าย) มีการส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดูแล โดยส่งต่อเครือข่าย สถานีอนามัยบ้านพริก ตำบลบ้านพริก โดยพยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัยติดตามดูแล ประสานเครือข่ายให้ดูแลต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 3 น.ส. เจ (นามสมมติ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิง อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส โสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันไม่ทำงาน เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 22 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน 24 ปี ไม่เคยใช้ยาหรือสารเสพติดมาก่อน อาชีพของครอบครัวข้าราชการบำนาญ รายได้เฉลี่ยเดือนละ 85,000 บาท มารดาป่วยด้วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรอง

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลาป่วยนาน 24 ปี เข้าโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง และใน 1 ปีนี้เข้านอนรักษาซ้ำ 2 ครั้ง มีอาการซึมเศร้าและมีพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ชอบแยกตัวอยู่แต่ในห้องคนเดียว มีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เข้าเกณฑ์ในการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 2.15 คะแนน ผู้ป่วยมีอาการซึมไม่ยอมพูด ชอบแยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง มีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ บ่นอยากตาย พุดซ้ำ คิดซ้ำ ดังเล ไม่มีสมาธิ คิดอะไรไม่ออก และเคยลงมือฆ่าตัวตายมาแล้ว 3 ครั้ง แต่ไม่สำเร็จ

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.22 คะแนน) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีผู้อื่นทำให้หมด เช่น อาบน้ำ สระผม จัดเตรียมเสื้อผ้าและช่วยสวมใส่ให้ มีผู้ช่วยประกอบอาหาร จัดเตรียมและตักอาหารให้รับประทาน ไม่มีส่วนร่วมช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว มีผู้ดูแลจัดเตรียมยาให้รับประทานทุกมื้อ

ความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติ กิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.25 คะแนน) เรื่องขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารถึงความคิดความต้องการของตนเองต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้

ขั้นตอนที่ 3 การระบุปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือ

จากการซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว สามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

ปัญหาด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย คิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตัวเอง แยกตัวอยู่คนเดียว
2. ผู้ป่วยมีแบบแผนการหลับนอนที่มากเกินไป
3. ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่ไหว ทำไม่ได้ และคิดว่าจะไม่ถูกใจบุคคลในบ้านไปทั้งหมด มีความคิดว่าตนเองเป็นเพียงผู้ขออยู่อาศัย
4. มีโอกาสเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ

ปัญหาด้านญาติ หรือผู้ดูแล

1. ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยบิดามิมีความคิดความเชื่อที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ช่วยทำ
2. บุคคลในครอบครัวมีอคติต่อผู้ป่วย ไม่มีความไว้วางใจผู้ป่วย รู้สึกฝังใจว่าสักวันหนึ่งผู้ป่วยต้องจุดไฟเผาบ้านซ้ำอีก

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

จากการประเมินปัญหาข้างต้น ได้มีการประชุมวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่สำคัญเร่งด่วน เรียงจากมากไปหาน้อย ตามแผนการดูแล (Care Maps) (ภาคผนวก ข) จากปัญหาของผู้ป่วย นางสาวเจ (นามสมมติ) ทั้ง 4 ข้อ และด้านญาติหรือผู้ดูแล 2 ข้อ ได้วางแผนแก้ไข และดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะที่ 1 พร้อมกับประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องไปทุกระยะของการดูแลจนกระทั่งสิ้นสุดระยะที่ 3 (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

การดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดการรายกรณีในแต่ละปัญหา พบว่าแต่ละระยะของการดูแลปัญหาค่อยๆ ได้รับการแก้ไข แต่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลพบว่าปัญหาไม่ได้หมดไปทันทีในแต่ละระยะ ส่งผลให้แต่ละปัญหายังคงต้องติดตามดูแลต่อเนื่องไปอีก รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังคงต้องดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป ต้องใช้ระยะเวลาการค่อนข้างนาน (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการดูแล เพิ่มขึ้นเป็น ระดับ 2 (คะแนนเฉลี่ย 3.38 คะแนน)
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.39 คะแนน) และกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นเป็นปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.88 คะแนน)
- ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 7 ขั้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บ้าน น.ส.เจในระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 9-12 (ระยะการเตรียมญาติ และ ส่งต่อเครือข่าย) มีการส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดูแล โดยส่งต่อเครือข่าย งานเวชปฏิบัติครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่ ติดตามดูแล ปัญหาที่ต้องติดตามเยี่ยม คือ

1. ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย
2. ให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยรายที่ 4 นายวัลย์ (นามสมมติ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยชาย อายุ 37 ปี สถานภาพสมรส โสด จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 5 ปัจจุบันไม่ทำงาน เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 17 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน 20 ปี เคยใช้ยาบ้า เหล้า บุหรี่มาก่อน อาชีพของครอบครัวค้าขาย รายได้เฉลี่ยเดือนละ 25,000 บาท ป่วยด้วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรอง

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเข้ารับการรักษาลึกในโรงพยาบาล ในระยะเวลาป่วยนาน 20 ปี เข้าโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง และใน 1 ปีนี้เข้านอนรักษาลึก 3 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง และรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เกิดอาการข้างเคียงของยาบ่อยๆ และมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดร่วมด้วย คือ เหล้า บุหรี่ กาแฟ ชอบแยกตัวอยู่แต่ในห้องคนเดียว เข้าเกณฑ์ในการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 1 (มีคะแนนเฉลี่ย 2.15 คะแนน) ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด หิวแหว่ หัวเราะคนเดียวเสียงดัง และพูดคุยคนเดียว เก็บตัวอยู่แต่ในห้องนอน

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ดังนี้

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.09 คะแนน) ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ปรับเพิ่มยาเองกินยาเกินขนาด มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ดื่มเหล้า บางครั้ง สูบบุหรี่จัด วันละ 20-30 มวน ดื่มกาแฟวันละ 4-5 แก้ว บางวันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10 น้ำอัดลม ไม่มีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัว

ด้านความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.92 คะแนน) ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

ไม่ยอมไปร่วมงานกิจกรรมและไม่ชอบพูดคุยกับใคร มารดาและพี่ชายจะต้องเป็นฝ่ายพูดคุยก่อน และกระตุ้นจึงตอบ

ขั้นตอนที่ 3 การระบุปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือ

จากการซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว สามารถวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

ปัญหาด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท จากผู้ป่วยปรับเพิ่มยาเองอีกวันละ 2-3 มื้อ เมื่อรู้สึกเครียด
3. ผู้ป่วยไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ทำงาน ชอบเก็บตัวอยู่ในห้องนอน ดูโทรทัศน์และเปิดวิทยุฟังทั้งวัน
4. ผู้ป่วยมีความบกพร่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าสังคม
5. ผู้ป่วยเสพ และติดสารเสพติด เหล้า บุหรี่ กาแฟ เอ็ม 100

ปัญหาด้านญาติหรือผู้ดูแล

1. ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา เรื่องยา ผลข้างเคียงของยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา
2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

จากการประเมินปัญหาข้างต้น ได้มีการประชุมวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไข ปัญหาตามลำดับที่สำคัญเร่งด่วน เรียงจากมากไปหาน้อย ตามแผนการดูแล (Care Maps) (ภาคผนวก ข)

จากปัญหาของผู้ป่วย นายวัลย์ (นามสมมติ) และญาติทั้ง 7 ข้อ ได้วางแผนแก้ไข และ ดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะที่ 1 พร้อมกับประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวน และดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องทุกระยะของการดูแลจนกระทั่งสิ้นสุดระยะที่ 3 (ภาคผนวก ค)

ปัญหาที่พบเพิ่มขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้าน ในระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 9) คือ

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแอบดื่มสุราจนหมดสติน้ำห้องนอน มารดาไปพบและโทรศัพท์ ตามรถ EMS ของโรงพยาบาลบ้านนาไปรับที่บ้านเข้าอนรักษานในโรงพยาบาล 3 วัน อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ กลับบ้าน

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

ในแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล ได้กำหนดกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตาม แนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าแต่ละระยะของการดูแลมีการ

เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขไม่ได้หมดไปทันทียังคงต้องติดตามดูแล ทั้งผู้ป่วยและญาติจะต้องดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องใช้ระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพค่อนข้างนาน (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการดูแล ระดับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชมีระดับ 2 เท่าเดิม แต่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 23.23 คะแนน
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.83 คะแนน) และกิจกรรมทางสังคมมีระดับน้อย แต่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 2.36 คะแนน)
- ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 7 ขั้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บ้าน นายวัลย์ ในระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 9-12 (ระยะการเตรียมญาติ และ ส่งต่อเครือข่าย) มีการส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดูแล โดยส่งต่อเครือข่าย งานเวชปฏิบัติครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง คือการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ การวางแผนดูแลต่อไป คือ

- ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ญาติส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจวัตรประจำวัน และเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว และเป็นภาระต่อครอบครัว สังคม

ผู้ป่วยรายที่ 5 น.ส. โก (นามสมมติ)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิง อายุ 32 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับ ปวช. อาชีพค้าขาย เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 22 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน 10 ปี เคยใช้กาว ยาบ้า เหล้า บุหรี่มาก่อน อาชีพของครอบครัวค้าขาย รายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,000 บาท ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและคัดกรอง

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในระยะเวลาป่วยนาน 10 ปี เข้าโรงพยาบาลมากกว่า 5 ครั้ง และใน 1 ปีนี้เข้าอนารักษาซ้ำ 1 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทาน

ยาต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมใช้ยาและสารเสพติดร่วมด้วย คือ ยาบ้า เหล้า บุหรี่ และมีปัญหาขัดแย้งกับมารดาเป็นประจำ เข้าเกณฑ์ในการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยรายนี้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยได้ทำการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วย ระดับ 3 (มีคะแนนเฉลี่ย 3.77 คะแนน) ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด จุกเสียดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใช้ยาและสารเสพติด

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.52 คะแนน) ผู้ป่วย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้บ้าง แต่ขาดการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่กินยาต่อเนื่อง เสพยาบ้าเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่จัดวันละ 20-30 มวน ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพช่วยหารายได้ของครอบครัวเหมือนเดิม

ด้านความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.08 คะแนน) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งกับมารดาเป็นประจำ เวลาเครียดรู้สึกไม่สบายใจไม่สามารถพูดคุยปรึกษากับมารดาได้ ใช้อารมณ์ต่อกัน เอะอะโวยวาย ผู้ป่วยชอบออกเที่ยวนอกบ้านกลับบ้านดึกๆ

ขั้นตอนที่ 3 การระบุปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือ

จากการซักประวัติและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว สามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

ปัญหาด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ
3. มีพฤติกรรมในการกลับไปเสพยาบ้าและสิ่งเสพติดอื่นๆ
4. มีความขัดแย้งกับมารดาเป็นประจำ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้

ปัญหาด้านญาติ หรือผู้ดูแล

1. ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต
3. ขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ

จากการประเมินปัญหาข้างต้น ได้มีการประชุมวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไข ปัญหาตามลำดับที่สำคัญเร่งด่วน เรียงจากมากไปหาน้อย ตามแผนการดูแล (Care Maps) (ภาคผนวก ข)

จากปัญหาของผู้ป่วย นางสาว โก (นามสมมติ) ทั้ง 4 ข้อ และด้านญาติหรือผู้ดูแล 3 ข้อ ได้วางแผนแก้ไข และดำเนินกิจกรรมดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะที่ 1 พร้อมกับประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งทบทวนและดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องไปทุกระยะของการดูแลจนกระทั่งสิ้นสุด ระยะที่ 3 (ภาคผนวก ค)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานทีมสหวิชาชีพได้แก่ พยาบาลงานเวชศาสตร์ครอบครัวร่วม ทีมดูแลที่บ้าน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและความรู้แก่ผู้ป่วย สามี และมารดาของผู้ป่วย เกี่ยวกับความพร้อมของการมีบุตร ผลกระทบต่อบุตรในครรภ์ เกี่ยวกับการรับประทานยาจิตเวช รวมทั้งผู้ป่วยติด บุหรี่ และใช้ยาบ้า และการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ยังให้การบำบัดรักษาการติดยาบ้าและบุหรี่ โดยใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดร่วมกับผสมผสานแพทย์ทางเลือก โดยวิธีอบสมุนไพรและชาขิง รังจืด บำบัดผู้ป่วยให้ลดการสูบบุหรี่ลงได้จากวันละ 20-30 มวน เหลือสูบบุหรี่วันละ 3-5 มวน และ ระหว่างการดูแลที่บ้านผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับการดูแล ระดับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ดีขึ้นเป็นระดับ 3 คะแนนเฉลี่ย 4.38 คะแนน
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นระดับ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.52 คะแนน) และกิจกรรมทางสังคมมีระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.39 คะแนน)
- ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 7 ขั้นเตรียมญาติและส่งต่อเครือข่าย

ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดูแล เตรียมส่งต่อเครือข่าย งานเวชปฏิบัติครอบครัว โดย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่ ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง คือการป้องกันการกลับไปใช้ สารเสพติดซ้ำซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ การวางแผนดูแลต่อไป คือ ยังพบว่าผู้ป่วยยัง สูบบุหรี่อยู่วันละ 3-5 มวน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากในชุมชนมีการแพร่ ระบาดของสารเสพติดค่อนข้างมาก และผู้ป่วยมีเพื่อนที่เคยเสพยาบ้าด้วยกันอยู่ในชุมชนเดียวกัน การ ติดตามต่อเนื่องเพื่อฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำต่ออีกเป็นเวลา 1 ปี รวมทั้งการสร้าง

เครือข่ายแกนนำชุมชนช่วยดูแลเฝ้าระวังการระบาดของยาบ้าในชุมชน การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและองค์กรเครือข่ายต่างๆ จะทำให้การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภาคผนวก ค)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังได้แก่

- สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม
- การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

สมรรถภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย ก่อนเริ่มรับดูแลที่บ้านและประเมินครั้งสุดท้ายหลังสิ้นสุดแผนการดูแลก่อนส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังตาราง 4.2

ตาราง 4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และระดับสมรรถภาพผู้ป่วย (ชื่อผู้ป่วยใช้นามสมมุติ)

ข้อมูล	ก่อนดำเนินการกิจกรรม		หลังดำเนินการกิจกรรม	
	ระดับ ความรุนแรง	คะแนนเฉลี่ย	ระดับ ความรุนแรง	คะแนนเฉลี่ย
1. นางจิตต์	1	2.15	2	3
2. น.ส. วี	2	2.46	3	4
3. น.ส. เจ	1	2.23	2	3.38
4. นายวัลย์	1	2.15	2	3.23
5. น.ส. โก	3	3.77	3	4.38

หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มีความรุนแรงระดับ 1 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมาเป็นระดับ 2 แต่ยังคงมีอาการทางจิตเวชเช่น พุดคนเดียว หัวเราะคนเดียว ประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับ 2 เป็นระดับ 3 และผู้ป่วยระดับ 3 จำนวน 1 ราย หลังได้รับการดูแลสามารถประกอบอาชีพและเลี้ยงครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนโดยรวมคือ อาการหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรในผู้ป่วยทั้ง 5 ราย หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีแล้ว อาการดังกล่าวดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม

จากตาราง 4.3 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น

ตาราง 4.3 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี (ผู้ป่วยไข้มาลาเรีย)

ชื่อ (สมมติ)	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม	
	ระดับคะแนนเฉลี่ย ก่อนได้รับการ จัดการรายกรณี	ระดับคะแนนเฉลี่ย หลังได้รับการ จัดการรายกรณี	ระดับคะแนนเฉลี่ย ก่อนได้รับการ จัดการรายกรณี	ระดับคะแนน เฉลี่ยหลังได้รับ การจัดการ รายกรณี
นางจิตต์	น้อย (2.09)	ปานกลาง (2.52)	น้อย (2.36)	ปานกลาง (2.80)
น.ส.วี	ปานกลาง (3.13)	มาก 4.39 (4.39)	น้อย (2.36)	มาก (3.64)
น.ส.เจ	น้อย (2.22)	ปานกลาง (3.39)	น้อย (2.25)	ปานกลาง (2.88)
นายวัลย์	น้อย (2.09)	ปานกลาง (2.83)	น้อย (1.92)	น้อย (2.36)
น.ส.โก	มาก (3.52)	มากที่สุด (4.52)	ปานกลาง (3.08)	ปานกลาง (3.39)

จากผลการประเมินก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยจำนวน 3 ราย ตั้งแต่ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย ได้แก่ การแปรงฟันอาบน้ำ และดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายและผม ทำได้ด้วยตนเองแต่ไม่สะอาดต้องมีผู้อื่นคอยเตือน เรื่องการนอนหลับ ได้แก่การนอนหลับพักผ่อนได้เองน้อยมาก วุ่นวายและนอนผิดเวลาปกติเกือบทุกวันและหลังตื่นนอนไม่ยอมจัดเก็บที่นอนและดูแลเครื่องนอนต้องให้ผู้อื่นทำให้ รวมทั้งไม่ซักผ้าที่ใช้แล้วของตนเอง ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือจึงยอมทำ เรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวญาติให้ข้อมูลว่า “ไม่ยอมช่วยทำงานบ้านเลย เช่น ซักผ้า ประกอบอาหาร เก็บกวาดดูบ้านไม่ยอมจัดบ้าน” และ “บริเวณส่วนตัวต้องมีคนอื่นคอยเตือนและช่วยเหลือจึงยอมทำ” เรื่องการมีส่วนร่วมหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยหารายได้ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือรับประทานไม่ถูกต้องครบถ้วนทุกมื้อต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด และไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ยอมไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด เรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องการงดสิ่งเสพติดและของมีนเมา ผู้ป่วยมีการใช้สิ่งเสพติดและของมีนเมา 2 ราย คือน.ส.โก มีการเสพยาบ้าเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สูบบุหรี่จัดและดื่มเบียร์บางครั้ง ๆ ละ 1-2 ขวด นายวัลย์ มีการดื่มเหล้าบางครั้ง สูบบุหรี่จัด ดื่มกาแฟวันละ 4-5 แก้ว บางวันดื่มเครื่องดื่มอม 100 น้ำอัดลม หลังจากให้การดูแลที่บ้านโดยการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงดีขึ้น

อย่างเห็นได้ชัดมาเป็นระดับปานกลาง สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับปานกลางและมากพัฒนามาเป็นระดับมาก และมากที่สุดตามลำดับ

สำหรับด้านความสามารถทางสังคม ก่อนได้รับการจัดการรายกรณี ระดับคะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับน้อยจำนวนทั้งหมด 4 ราย ที่เป็นปัญหาชัดเจนได้แก่ เรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะผู้ดูแลใกล้ชิดและต้องกระตุ้นและทักทายก่อนทุกครั้งจึงยอมพูดคุยด้วย ผู้ป่วยไม่มีเพื่อนสนิทเลยและไม่สามารถพูดคุยและแสดงออกถึงความต้องการของตนเองได้ เรื่องการควบคุมอารมณ์ เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธได้น้อย แสดงอารมณ์โกรธที่ก้าวร้าวแต่ไม่รุนแรง เรื่องการเข้าสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งเมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรมจะเก็บตัวอยู่ในห้อง ไม่ยอมทักทายพูดคุยกับผู้ที่มาเยี่ยม และเรื่องความสนใจสิ่งแวดลอม ได้แก่ การจัดบริเวณที่อยู่อาศัย ไม่สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อยและปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้องน้อยครั้ง ไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวหรือเหตุการณ์สำคัญจากสื่อต่างๆ จะสนใจเฉพาะข่าวใหญ่ๆ เท่านั้น ไม่สนใจถามถึงบุคคลที่เคยรู้จักหลังจากให้การดูแลที่บ้านโดยการจัดการรายกรณี มีคะแนนด้านความสามารถทางสังคมพัฒนาขึ้นมาเป็นระดับปานกลาง แต่คะแนนที่เพิ่มไม่มากนัก เช่น นางจิตต์จากระดับน้อยได้คะแนนเฉลี่ย 2.36 หลังการดูแลเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.80 หรือน.ส. เจ จากระดับน้อยได้คะแนนเฉลี่ย 2.25 หลังการดูแลเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.88 และสำหรับนายวัลย์ความสามารถทางสังคมก่อนได้รับการดูแล ในระดับน้อยได้คะแนนเฉลี่ย 1.92 หลังการดูแลยังอยู่ในระดับน้อยเหมือนเดิม แต่มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 2.36 ได้แก่ เรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนยอมไปร่วมงานกิจกรรมและมีการพูดคุยกับบางคนได้ สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ง่ายๆ ทัวไปบางเรื่องได้ถูกต้อง

การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตกำเริบ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ศึกษาได้ดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยการจัดการรายกรณีครบ 12 สัปดาห์แล้วมีการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับความพึงพอใจที่ได้รับจากการดูแลผลการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

1. ได้รับความรู้ความเข้าใจจากการพูดคุยกับพยาบาลเป็นอย่างมากทั้ง 5 ครอบครัว
2. การมีพยาบาลมาดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติทั้ง 5 ครอบครัว รู้สึกพึงพอใจมาก เพราะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น

3. ต้องการให้มีพยาบาลออกมาดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องในรายอื่นๆ อีกที่มีอยู่ในชุมชน
4. การทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้รับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนอาการกำเริบของผู้ป่วยแต่ละคน และการดูแลช่วยเหลือก่อนที่จะป่วยซ้ำ ทำให้ญาติลดความเครียด ความกังวลลง
5. ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างมากในการสำรวจปัญหาความต้องการ มีสิทธิเลือก และตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและเลือกที่จะเข้ารับบริการในสถานบริการของรัฐแห่งอื่นได้ตามขอบเขตที่กำหนดทั้ง 5 ครอบครัว
6. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการทั้ง 5 ครอบครัว
7. ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมั่นใจ จากการที่ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลผู้ดูแลว่าไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้ป่วย ในการดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้มากขึ้นทั้งหมด 5 ครอบครัว

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งในบทนี้จะอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการปรับหรือประยุกต์ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อนำการจัดการรายกรณีมาใช้ โดยจะนำเสนอในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 1 การสรรหาและคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา ขั้นที่ 2 การประเมินผู้ป่วย ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยปัญหา ขั้นที่ 4 วางแผนการดูแล ขั้นที่ 5 ปฏิบัติตามแผนการดูแล ขั้นที่ 6 ประเมินผล และขั้นที่ 7 การยุติและส่งต่อนอกจากนี้การอภิปรายยังครอบคลุมถึงข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ และความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในการพยาบาลบ้านนา

ขั้นที่ 1 การสรรหาผู้ป่วยและคัดเลือกผู้ป่วย (Case screening and selection)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลแผนกจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนา มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีเขตพำนักอาศัยในอำเภอบ้านนา และมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวชมารับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ในช่วงก่อนการทำการศึกษานี้ ทางแผนกจิตสังคมไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโดยปกติแล้ว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทใหม่ที่มีหนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลจิตเวชให้มารับรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ศึกษาจะลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านทุกรายในครั้งแรก จากนั้นผู้ป่วยหรือญาติจะมาที่แผนกจิตสังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนาเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีการลงไปเยี่ยมซ้ำโดยพยาบาลแผนกจิตสังคม ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่มารับยาตามนัด หรือได้รับแจ้งจากญาติว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ สำหรับในการศึกษาโดยใช้การจัดการรายกรณีครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการแบ่งประเภทของผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลไว้ 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน ในรายที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน มีการส่งต่อข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ลงไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และราย

ที่มีปัญหาซับซ้อน มีระบบการจัดการรายกรณี โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกันดูแล และมีช่องทางการประสานส่งต่อ หากกรณีเร่งด่วนใช้โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแต่ละราย โดยเกณฑ์ที่ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ที่มีการใช้การจัดการรายกรณีและความเห็นชอบจากทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งภายหลังจากการศึกษาพบว่า การที่มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยจิตเภท และมีการคัดเลือกรายที่ซับซ้อนมาให้การดูแลโดยการจัดการรายกรณี ทำให้ฝ่ายจิตสังคมมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 2 การประเมินผู้ป่วย

หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์คัดเข้า โดยพิจารณาจากหนังสือตอบกลับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตแล้ว พบว่ารายละเอียดของข้อมูลมีค่อนข้างน้อย ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์และการวางแผนให้การดูแล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้มีการประเมินเพิ่มเติม โดยได้มีการออกแบบประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการประเมินทุกระยะของการดูแล รวมทั้งแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ที่ให้และผลลัพธ์ของการดูแล นอกจากนี้ในขั้นตอนของการประเมิน ควรมีสมาชิกในทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ลงเชื่อมพร้อมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อช่วยในการประเมิน และจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน รวมทั้งช่วยสังเกตรายละเอียดต่างๆ ตัวอย่างเช่น สีน้ำ ทำทาง อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม สภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และท่าทีของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ฯลฯ จะทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วนยิ่งขึ้น ซึ่งจะประโยชน์ต่อการวางแผนให้การดูแล

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยปัญหา

ขั้นการวินิจฉัยปัญหา เป็นการนำข้อมูล และผลการประเมินที่ได้มาร่วมพิจารณา ตั้งข้อวินิจฉัย หรือระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในประเด็นต่างๆ นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ช่วยเหลือเร่งด่วน รวมทั้งการประเมินเป็นระยะๆ ขณะดูแล เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ และวางแผนช่วยเหลือดูแลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง สำหรับในขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา เนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านนายังไม่มีบุคลากรที่มีประสบการณ์โดยตรงในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคม

สงเคราะห์ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ศึกษา ซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่วินิจฉัยปัญหา และระบุประเด็นปัญหา แล้วนำเสนอต่อที่ประชุมคณะทำงานทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

ขั้นที่ 4 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตามแนวคิดของการจัดการรายกรณี การวางแผนการดูแล (Care Maps) ต้องวางแผนร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ในการศึกษาค้างนี้ มีข้อจำกัดที่พยาบาลผู้จัดการ ต้องทำหน้าที่วางแผนเอง เนื่องจากทีมสหวิชาชีพอื่นไม่มีความรู้ หรือทักษะ และประสบการณ์การดูแลดังกล่าวเหมือนกับพยาบาลผู้รับผิดชอบและให้การดูแลโดยตรง แต่ในแผนการดูแลมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลในกรณีที่พบปัญหาที่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพ แผนการดูแลที่ลงเยี่ยมแต่ละครั้ง มีวิธีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ที่บ้าน โดยการตกลงร่วมกันว่าพร้อมที่จะมาวันไหนในแต่ละสัปดาห์ที่วางไว้ และเวลาไหนบ้างที่ผู้ป่วยหรือญาติมีภารกิจ จะมีการปรับเวลาเป็นครั้งคราวไป ซึ่งก็มีบางครั้งที่ลงไปดูแลที่บ้านนอกเวลาราชการ ตามที่ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมต่อการดูแลดังกล่าว ซึ่งหากทีมพยาบาลจะนำแผนนี้ไปปฏิบัติควรมีการปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของสภาพพื้นที่ และข้อตกลงแต่ละรายไป จึงมีความยืดหยุ่น ทั้งวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ใช้โทรศัพท์ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง ในกรณีฉุกเฉินเข้าไปดูแลก่อนแผนที่กำหนดนัดได้

ขั้นที่ 5 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่พัฒนาโดย จลี เจริญสรรพ (2548) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาล 7 กิจกรรมหลักๆ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 6) การจัดการกับความเครียด 7) กิจกรรมส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยในการศึกษาค้างนี้มีกิจกรรมการพยาบาลที่มีการประยุกต์เพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว นอกจากกิจกรรมที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติแล้ว ในผู้ป่วยบางรายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อน ต้องการการให้การดูแลเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ศึกษาได้มีการทำครอบครัวบำบัด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาใช้ยาเสพติด (ยาบ้า เหล้า บุหรี่) ร่วมด้วย ผู้ศึกษานำโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในชุมชน (Matrix program) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตมาประยุกต์ใช้ร่วมในการให้การดูแลด้วย กล่าวโดยรวมสรุปได้ว่าโปรแกรมที่ผู้ศึกษาจัดเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติ นั้น มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า โปรแกรมและการรักษาที่เลือกมาใช้ มีประสิทธิผลในการดูแลรักษาอาการหรือช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าว ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

2. กิจกรรมส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในแนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่ได้บอกแนวทางและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้อย่างชัดเจน แต่จากการที่ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินทัศนคติของคนในชุมชนอำเภอบ้านนาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ชุมชนยังไม่มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ถูกของ ถูกผีเข้า เข้าทรง ต้องรักษาด้วยน้ำมนต์ หรือใช้วิธีเหน็บดีไล่ผี หรือทำพิธีกรรมต่างๆ จนกระทั่งสูญเสียเงินทองจำนวนมาก เกิดหนี้สินจากค่าใช้จ่ายด้านนี้ และจนกระทั่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการเตรียมชุมชนให้ชุมชนรับรู้ เข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก และช่วยลดอาการกลับเป็นซ้ำได้

ผู้ศึกษาพร้อมด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ร่วมประชุมปรึกษากันเกี่ยวกับการทำโครงการเสนอของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล จัดโครงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 เป็นโครงการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ รุ่นที่ 2 เป็นโครงการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายแกนนำชุมชน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแม่บ้าน โดยเนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้โรคจิตเภทและการดูแลรักษา การค้นหา คัดกรองในชุมชน และระบบการส่งต่อการดูแลรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลชุมชน ตามขั้นตอนการส่งต่อรวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ภายหลังจัดการอบรม แกนนำได้ดำเนินการค้นหา คัดกรอง และส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ชุมชนมีความเข้าใจ เห็นใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมล้อเลียนผู้ป่วย หรือชักชวนผู้ป่วยให้ดื่มเหล้า

หรือใช้สารเสพติด ให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน โดยประเมินจากผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญประเพณีในหมู่บ้านของตนเองเพิ่มขึ้น

การทำงานร่วมกับชุมชน ทำให้ได้ทราบว่า การที่จะให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ ร่วมมือ ต้องเข้าไปทำความเข้าใจ ประสานงานกับส่วนแกนนำชุมชนก่อนเป็นสำคัญ โดยมีคำแนะนำ ข้อมูล ปัญหา ให้ชุมชนได้รับรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อชุมชน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ ความร่วมมือจากแกนนำชุมชน และประชาชนในชุมชนให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดีตามมา จากกิจกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ศึกษาได้รับคำบอกเล่าจากที่ประชุมอบรมโครงการว่า การที่ผู้ศึกษาได้ลงไปร่วมพูดคุย ให้ความรู้ และนำเสนอข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของพื้นที่อำเภอบ้านนา ทำให้คนในชุมชนได้รับรู้ข้อมูล สถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนมากขึ้น โดยก่อนหน้านี้ไม่เคยทราบมาก่อน หลังจากเข้าอบรมโครงการ ทำให้ชุมชนเข้าใจปัญหาและมองแนวโน้มสภาพปัญหาได้ชัดเจนขึ้น มองความสัมพันธ์ของเหตุ ปัจจัยของปัญหาที่มีความเชื่อมโยง เกี่ยวเนื่องกันของคนในชุมชน มองเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้น รวมทั้งเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับทราบข้อมูลและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน หาวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีขึ้นต่อไป

ขั้นที่ 6 ประเมินผลการดูแล

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการวัดผลลัพธ์ในด้านต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้คือ (อรพรรณ โตสิงห์, 2545; Cohen & Cesta, 1993; Powel, 1996)

1. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ การวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดอาการรุนแรงทางจิต ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้สารเสพติด อัตราการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและอยู่ในชุมชน คุณภาพชีวิต ภาระการดูแลผู้ป่วยของญาติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการ

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ การวัดผลลัพธ์ด้านการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจในงาน

3. กลุ่มผู้จ่ายค่าบริการ ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษากำหนดผลลัพธ์จากการจัดการรายกรณี เน้นที่ผลลัพธ์ของกลุ่มผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งได้แก่

- 1) ประสิทธิภาพที่มีต่อผู้ป่วย ได้แก่ สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง

(Self care) (ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม) อาการกำเริบซ้ำ
2) ประสิทธิภาพที่มีต่อญาติได้แก่ ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแล

จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีการเปลี่ยนแปลงของระดับสมรรถภาพที่ดีขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางสังคมเพิ่มขึ้น ไม่มีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา และผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทของบุคคลอื่นๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

สำหรับผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากระบบการดูแลโดยการจัดการรายกรณีในการศึกษานี้ มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้า เนื่องจากระยะเวลาที่ให้การดูแล 12 สัปดาห์ ค่อนข้างสั้นและมีการวัดผลลัพธ์ทันทีหลังการให้การดูแลตามแผนการศึกษา จึงพบการเปลี่ยนแปลงไม่มาก แต่ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดด้วยระยะเวลา ดังนั้นหากจะให้ได้ประสิทธิผลที่ชัดเจนขึ้น ควรให้การดูแลต่อเนื่องให้นานกว่านี้ และควรจะวัดผลหลังจากเสร็จสิ้นการให้การดูแลไปแล้วเป็นระยะๆ เช่น ภายหลังจากให้การดูแล ไปแล้ว 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เกิดอาการกำเริบซ้ำ หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว 6 - 12 เดือน

ขั้นที่ 7 เตรียมญาติหรือส่งต่อเครือข่าย

ผู้ศึกษาได้เตรียมผู้ป่วยและเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังครบระยะเวลาที่ศึกษา 12 สัปดาห์ โดยก่อนญาติได้ร่วมกับบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ออกไปดูแลที่บ้านร่วมกัน เพื่อสรุปและส่งต่อปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง พร้อมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการให้การพยาบาลที่บ้านร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งขั้นตอนนี้ไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมต่อการดูแลตนเองมากขึ้น พร้อมกับระบบการสื่อสารข้อมูลและการประสานงานโดยตรงกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา หากมีวิกฤติฉุกเฉิน รวมทั้งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นทีมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษาได้ตลอดเวลาทั้งทางโทรศัพท์ และระบบเครือข่าย Telephone Medicine แก่พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอบ้านนา และหากผู้ป่วยและญาติ อยู่ในภาวะปกติ ไม่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีระบบการดูแลโดยแกนนำเครือข่ายชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ และจัดส่งข้อมูลการดูแลที่บ้านมายังศูนย์ข้อมูลงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลบ้านนา ทั้งนี้ได้มีการประชุมร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสาธารณสุขระดับ

อำเภอประจำทุกเดือน เพื่อนำเสนอปัญหา อุปสรรค และข้อคิดเห็น ร่วมกันวางแผนการดูแลช่วยเหลือระดับอำเภอ

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ซึ่งสำหรับในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนบางราย ต้องอาศัยระยะเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ ในการให้การดูแล และในกิจกรรมบางกิจกรรม ต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะเห็นผลการเปลี่ยนแปลง เช่น กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

ความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา

มีความเป็นไปได้ในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลบ้านนา ได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ 7 “พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน” (โรงพยาบาลบ้านนา, 2552) และมีการค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนาโดยการวิเคราะห์ SWOT รวมทั้งการค้นหาอุปสรรคความเสี่ยงทางคลินิก และการบริหารจัดการความเสี่ยง เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาลบ้านนา นอกจากนี้ในโรงพยาบาลบ้านนามีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานอยู่แล้ว ส่วนการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มาใช้ในหน่วยงานจิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนานั้น ยังอยู่ในช่วงระยะเริ่มแรก และผลที่ได้จากกรณีศึกษาครั้งนี้ จะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา บทเรียนที่ได้ และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบ้านนา โดยมีข้อสรุปที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษา

การนำเสนอประสิทธิผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี

ข้อมูลส่วนบุคคล ในบรรดากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 31- 47 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ทั้ง 5 รายเริ่มมีอาการเจ็บป่วยในขณะอายุระหว่าง 17 - 22 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนข้างยาวนาน คือระหว่าง 10-11 ปี จำนวน 2 ราย และ 20-25 ปี จำนวน 3 ราย ด้านประวัติการใช้ยาและสารเสพติดจะพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนถึง 3 ใน 5 รายมีประวัติในอดีตเคยใช้มาก่อนการเจ็บป่วย ส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ทำการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีประวัติเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบซ้ำ

สมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มีความรุนแรงระดับ 1 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมาเป็นระดับ 2 แต่ยังคงมีอาการทางจิตเวชเช่น พุดคนเดียว หัวเราะคนเดียว ประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับ 2 เป็นระดับ 3 และผู้ป่วยระดับ 3 จำนวน 1 ราย หลังได้รับการดูแลสามารถประกอบอาชีพและเลี้ยงครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนโดยรวมคือ อาการหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรในผู้ป่วยทั้ง 5 ราย หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีแล้ว อาการดังกล่าวดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น

การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตกำเริบ

ความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี จากผลการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากที่มีพยาบาลมาดูแลที่บ้าน เนื่องจากได้รับความรู้ คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตรงกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ได้รับคำอธิบายและมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามต้องการ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองดีขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ

บทเรียนที่ได้จากการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการเรียนรู้จากปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาของการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้คือ

1. มีการปรับรูปแบบการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ในความเป็นจริงแล้วการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องวางแผนร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักอาชีวบำบัด และพยาบาลจิตเวช เป็นต้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพงานจิต-สังคมบำบัด เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลงานประกันสุขภาพ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด โดยที่กลุ่มบุคคลดังกล่าวไม่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกับนักศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รับผิดชอบและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ผู้ศึกษาจึงได้ใช้การวางแผนการดูแลที่พัฒนาโดย จลีและคณะ (2548) มาเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยในแผนการดูแลดังกล่าว มีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยในการประชุมทีมสหวิชาชีพแต่ละครั้งอาจมีบุคลากรในทีมที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ในกรณีที่พบปัญหาที่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็จะติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญนั้นโดยตรง โดยในอนาคตโรงพยาบาลบ้านนามีโครงการที่จะสร้างระบบเครือข่ายการติดต่อขอรับคำปรึกษากับโรงพยาบาลเครือข่ายที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบ้านนาไป

บำบัดรักษา เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา หรือโรงพยาบาลสระบุรี ในกรณีที่พบปัญหายากซับซ้อน เกินกว่าที่ผู้จัดการหลัก หรือทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือได้

2. มีการปรับแผนการเยี่ยมผู้ป่วย แผนการดูแลที่ลงเยี่ยมแต่ละครั้ง จะมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ที่บ้าน โดยการตกลงร่วมกันว่าพร้อมที่จะมาวันไหนในแต่ละสัปดาห์ที่วางไว้ และเวลาไหนบ้างที่ผู้ป่วยหรือญาติมีภารกิจ จะมีการปรับเวลาเป็นครั้งคราวไป ซึ่งก็มีบางครั้งที่ลงไปดูแลที่บ้านนอกเวลาราชการ ตามที่ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมต่อการดูแลดังกล่าว ซึ่งถ้าจะนำแผนนี้ไปปฏิบัติในอนาคต ควรมีการปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของสภาพพื้นที่ และข้อตกลงแต่ละรายไป รวมทั้งมีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับวิธีการและเวลาร่วมด้วย เช่น ในกรณีฉุกเฉินสามารถใช้โทรศัพท์ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง เป็นต้น

3. มีการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งพัฒนาโดย จลี เจริญสรรพ และคณะ (2548) เป็นหลัก แต่ในขณะดำเนินการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยบางรายมีปัญหาที่ต้องให้การดูแลที่นอกเหนือจากกิจกรรมพยาบาลที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม โดยมีการเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

- ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด (Matrix program) ร่วมกับการแพทย์ทางเลือก ในการที่ช่วยแก้ไขปัญหาการติดยาเสพติด

- ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซึมเศร้า มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายร่วมด้วย ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้า

- ได้มีการเพิ่มกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำญาติของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย พร้อมทั้งญาติของผู้ป่วยจิตเภทอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 30 ราย ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

- เนื่องจากในแนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่ได้ระบุกิจกรรมที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้คิดวิธีการในการจัดโครงการการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนขึ้น ทั้งนี้ผู้ศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ร่วมประชุมปรึกษากันเกี่ยวกับการทำโครงการเสนอของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการจัดโครงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 เป็นโครงการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ รุ่นที่

2 เป็นโครงการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มแม่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้โรคจิตเภทและการดูแลรักษา การค้นหา คัดกรองในชุมชน และระบบการส่งต่อการดูแลรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลชุมชน ตามขั้นตอนการส่งต่อ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หลังจัดการอบรม แกนนำได้ค้นหา คัดกรอง และส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ชุมชนมีความเข้าใจ เห็นใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมล้อเลียนผู้ป่วย หรือชักชวนผู้ป่วยให้ดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติดอย่างแต่ก่อน ให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน โดยดูจากผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญประเพณีในหมู่บ้านของตนเองเพิ่มขึ้น

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (nursing research) และด้านการบริหารทางการพยาบาล (nursing administration) ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของผู้จัดการหลัก (Case manager) พยาบาลจิตเวชสามารถทำบทบาทหน้าที่นี้ได้ดี ทั้งยังสามารถทำหน้าที่ด้านผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) เนื่องจากมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชอยู่แล้ว และเป็นผู้ที่มีความเข้าใจพื้นฐานวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชนได้ดี รวมทั้งการทำงานเป็นทีมและบทบาทการประสานทีมงาน เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือนั้น การดูแลรูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพก็สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้เช่นกันพยาบาล (ผู้จัดการ) ควรเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ความสามารถ มีทักษะเชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีการพัฒนาตนเองสม่ำเสมอ ศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ และตัดสินใจที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าของผู้ป่วยที่ให้การดูแลนั้นได้

ด้านการวิจัยทางการแพทย์ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดังต่อไปนี้ คือ

- วิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางด้านความคุ้มทุนเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบอื่น
- วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม เช่น โรคจิตเภทร่วมกับการติดสารเสพติด และโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้า เป็นต้น
- วิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการบริหารทางการแพทย์ เนื่องจากการจัดการรายกรณีต้องมีการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องด้วยโรงพยาบาลบ้านนาเป็นโรงพยาบาลฝ่ายกายที่ไม่มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องมีการวางแผนหาวิธีที่จะช่วยพัฒนาบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น จัดทำโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การบำบัดรักษาและการดูแลที่บ้านให้กับพยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ PCU นอกจากนี้ควรมีการจัดทำแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทประจำโรงพยาบาล และมีคู่มือ ICD-10 ให้แพทย์ที่อยู่เวรเพื่อใช้ประกอบการตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษา

กรณีศึกษา การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

A CASE STUDY OF CASE MANAGEMENT FOR SCHIZOPHRENIA FOLLOWING
A PSYCHIATRIC HOME CARE CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE

นพภััสสร วิเศษ 4836252 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D.
(Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด คิดเป็นอัตราร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 2000) สำหรับในประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2549 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 45 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) และจากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง ร้อยละ 51.53 (ศูนย์สารสนเทศ, 2551) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) อาการของโรคจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ แม้รักษาแล้วอาการจะยังคงหลงเหลืออยู่ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Cunningham, 2007) มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดี ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเจ็บป่วยเรื้อรัง และร้อยละ 10 มีความเสื่อมและความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มาก (Gillam, 2006) นอกจากนี้ผลจากการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำ (Relapse) ถึงร้อยละ 50- 70 และอาจมีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้ง (เพชร คันธสาব্য, 2548)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อเศรษฐกิจของประเทศ ผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมถึงการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ จะทำงานไม่ได้เช่นเดิม และทำงานไม่ค่อยสำเร็จขาดสมาธิในการทำงาน บางคนรู้สึกไม่มีแรง อ่อนเพลีย นอกจากนี้การป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่อยากสูงส่งกับใคร กลัวคนอื่นรู้อาการผิดปกติของตน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ การเกิดความตึงเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแลขาดการพักผ่อนนอนหลับ จากการที่ผู้ป่วยวุ่นวาย ไม่นอนเวลากลางคืน ส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง สุขภาพทรุดโทรม และบางครั้งได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้จากภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ทำให้ไม่ได้รับทราบข่าวสารและแหล่งสนับสนุนเกื้อกูลช่วยเหลือจากสังคม เป็นผลให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งครอบครัวอับอาย และ พยายามปิดบังไม่ให้อื่นรู้ว่าในครอบครัวมีผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช (สถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ผลกระทบต่อชุมชน โดยทั่วไปแล้ว ชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บางครั้งชุมชนรู้สึกสงสารที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ในบางครั้งจะรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว รบกวนผู้อื่น ส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัว รังเกียจ และหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จากการศึกษาพบว่าวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทสูงสุดในกลุ่มโรคจิตเวชถึงร้อยละ 54.5 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วนั้น ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการกินยา หรือ ฉีดยาตามแผนการรักษาตลอด ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ส่งผลต่อความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเทศตามมา (พิเชษฐ์ อุดมรักษ์, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการเสริมสร้างหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เน้นบริการในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีนโยบายรับผู้ป่วยจิตเวชไว้นอนรักษาในระยะเวลาอันสั้น เน้นบรรเทาอาการทางจิตในระยะวิกฤติเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถรับรู้ตนเอง

สามารถสื่อสาร และควบคุมตนเองได้ จะได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนต่อไป (จันทรา ชีระสมบูรณ์, 2543)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน พบว่าอยู่ไม่นานกลับมีอาการกำเริบซ้ำ และกลับเข้ามารักษาซ้ำสูง (เพชร คันธสายบัว, 2548) จากการศึกษาพบปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีหลายด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำร้ายญาติและผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) บางรายไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สจิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) แต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เช่น คี๋มสุรา สุบุนห์ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) 2) ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับประทุษร้ายตามแผนการรักษา (Cunningham, 2007) ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับขนาดยา โดยลดหรือเพิ่มยาเอง ใช้ยาผิดวิธี ไม่ถูกต้องตามขนาดของการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2548) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดจากความเบื่อไม่อยากกินยาด้วยอาการข้างเคียงที่ทำให้หิวนอน ทำงานไม่ได้ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง หงุดหงิด รู้สึกอึดอัดที่ต้องกินยาจิตเวช มีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทานยา (ราตรี อินทรีย์, 2541) ผู้ป่วยบางรายหยุดกินยาเอง เมื่ออาการทางจิตสงบลง คิดว่าตนเองหายดีแล้ว (Mervin & Stephen, 2002) 3) ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและบุคคลในครอบครัวลดลง มีพฤติกรรมแยกตัวมากขึ้น (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บางรายไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง รวมทั้งครอบครัวมองผู้ป่วยว่ามีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) 4) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว จากการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจแก่ครอบครัว เกิดหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการกินยาต่อเนื่อง บางครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลให้ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ รวมทั้งการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้ต้องหยุดงานประจำ (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) การที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการเดินทางสูงกว่าค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ 5) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ประจำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ทำงานได้ตามปกติ จะเริ่มมีความสามารถและความทนต่องานเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม และไม่มีสมาธิทำงาน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541)

จากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปรักษาต่อที่บ้านดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นำมาซึ่งการทบทวนถึงวิธีการให้การดูแลรักษา โดยที่การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งออกได้เป็น 2

ระยะ ได้แก่ 1) ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2) ระยะบำบัดรักษาในชุมชน ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตและสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาและต้องคอยควบคุมการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) นอกจากนี้ยังมีการรักษาทางจิตสังคมได้แก่ การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม (อรรถพรณ ลีอนุวัชรวิชัย, 2549) กิจกรรมบำบัด (Activity therapy) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) และครอบครัวบำบัด (Family therapy) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่วนระยะบำบัดรักษาในชุมชน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบแล้ว และได้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) การบำบัดรักษาในชุมชนเป็นระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Stuart & Laraia, 2005) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ (Stein & Santos, 1998) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ คือ 1) การบำบัดรักษาด้วยยาจิตเวช 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ได้แก่ การสอนทักษะชีวิต ฝึกการทำงานอาชีพ การศึกษา การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (Roffolo & Nichols, 1994) การดูแลมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ตามสภาพปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลบำบัดรักษาในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Rosenheck, Hoff, Steinwachs, & Lehman, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (Clark et al., 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีปัญหาที่อยู่อาศัย ลำบากเรื่องการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lehman, 1999) จากปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนดังกล่าว จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมมือกันวางแผนให้การดูแลเป็นรายกรณีที่บ้าน (Care Maps) มีการกำหนดผู้จัดการหลัก (Case manager) ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรงและติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548; จินตนา ชูนิพันธุ์ และคณะ, 2548; Mueser et al., 1998) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสำหรับการจัดการรายกรณี ได้แก่ การส่งเสริมและฝึกทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะชีวิต ทักษะการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต (Roffolo & Nichols, 1994) รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล จากการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงทางจิตลดลง (Chan et al., 2000) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม (วรสุตา ทองรักษ์, 2550; Killaspy et al., 2006) ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น (ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และคณะ, 2548) ลดการใช้สารเสพติด (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547) ลดอาการกำเริบซ้ำ (จลิ เจริญสรรพ และคณะ, 2548) ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล (สุนันทา ศรีสาคร, 2550) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ (Roffolo & Nichols, 1994; Mueser et al., 1998) นอกจากนี้การใช้การจัดการรายกรณียังช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง (วารภรณ์ มารักษา, 2548) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ยืดเวลากลับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งต่อไป สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องขึ้น (นวพร ตรีโษษฐ์, 2544; ถัดดา ศักดาเดชฤทธิ์, 2546; Chan & Wong, 1999)

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลจิตเวช มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา จากสถิติข้อมูลในทะเบียนบันทึกผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2548-2550 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 130, 142 และ 154 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านนา, 2550) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ยังมีการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านซึ่งไม่ตรงกับอาการหรือโรคที่เป็น เกิดอาการกำเริบสูงในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3 ราย ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 34 ราย ในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2551 สรุปปัญหาที่พบในด้านต่างๆที่สำคัญ คือ 1) ปัญหาจากการปฏิบัติของตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยา ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ขาดทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ 2) ปัญหาจากระบบการดูแล ในปัจจุบันระบบการรักษามีนโยบายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้นเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และให้กลับไปฟื้นฟูที่บ้าน แต่จากระบบการดูแลที่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบป่วยซ้ำสูง 3) ปัญหาจากการที่ผู้ป่วยมีโรคหรือปัญหาอื่นร่วม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีการใช้ยาและสารเสพติดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีภาวะซึมเศร้ามีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายร่วมด้วย

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปเป็นรายกรณี เพราะปัญหาและความต้องการแตกต่างกันแต่ละราย อีกทั้งในขณะนี้โรงพยาบาลบ้านนา ยังไม่มีรูปแบบและไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต่อเนื่องชัดเจน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการจัดการรายกรณี มี

ประสิทธิผลทั้งต่อผู้รับบริการ ญาติ หรือครอบครัวผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้ว และเป็นระบบการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจิตเวช มีเอกลักษณ์หรือบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะบทบาทเป็นผู้จัดการหลัก ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และบทบาทการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในทีมให้การดูแลร่วมกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2548) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจในการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งพัฒนาโดย จีลี เจริญสรรพ และคณะ (2548) มาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษากาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีของ Cohen (1996) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยที่การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแนวคิดมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยผู้ป่วยจิตเภทและญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผนดูแลรักษาตามสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคล ครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ มีการกำหนดผู้จัดการหลัก (Case manager) และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และใช้แผนการดูแลร่วมของทีมสหวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ Cohen (1996) มีขั้นตอนดังนี้คือ 1) ขั้นกำหนดผู้รับบริการ (Identify) และคัดกรองผู้ป่วย (Screening) 2) ขั้นประเมินผู้ป่วย และครอบครัว (Assessment) จากด้านต่างๆ ได้แก่ จากการศึกษาข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมทั้งครอบครัวและสังคม จากการประเมินแบบแผนสุขภาพ จากการประเมินสถานะทางจิต (Mental Status Exam) ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม 3) ขั้นระบุปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ขั้นวางแผนการดูแลที่บ้าน (Care Maps) 5) ขั้นดำเนินการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Clinical Nursing Practice Guideline - CNPG) โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี และให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง 6) ขั้นประเมินผลการดูแล โดยประเมินจากสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ความสามารถในการดูแลตนเอง (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติ

กิจกรรมทางสังคม) การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแล และ 7) ขึ้นการยุติและส่งต่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลบ้านนาโดยมีประเด็นในการศึกษาดังต่อไปนี้ คือ

1. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยประเมินจากผลลัพธ์ดังต่อไปนี้คือ 1) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านกิจกรรมทางสังคม 3) การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และ 4) ความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ปัญหาหรืออุปสรรคของการนำการจัดการรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ โดยศึกษาปัญหาดังกล่าวในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้าน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้จัดการหลัก

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมและบกพร่องด้านต่างๆ ทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ

ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือ เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน เป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน อาจมีบทบาทเป็น ภรรยา สามี บิดา มารดา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง หรือผู้ที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัวเดียวกัน และให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือเป็นผู้ดูแลที่รับภาระด้านเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในแต่ละราย ซึ่งมีขั้นตอนและกระบวนการ

ดูแลโดยมี ทีมสหวิชาชีพร่วมกันประชุมวางแผน และเขียนแผนการดูแล (Care Maps) ไว้ล่วงหน้า ตลอดระยะเวลาในการดูแล และติดตามผู้ป่วย โดยที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและมีการประสานผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพในรายที่จำเป็น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ไม่จำกัดอายุ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอ บ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวนประมาณ 245 คน (โรงพยาบาลบ้านนา, 2550) ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน เพื่อมารับการดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก
- 2.ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาโดยใช้การจัดการรายกรณีครั้งนี้ มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำเข้ามาศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้คือ

- 1.เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV หรือ ICD-10
2. มีใบส่งตัวให้กลับมารับการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนา และมีปัญหายุ่งยากหรือซับซ้อนในการดูแลข้อใดข้อหนึ่งร่วมด้วย ดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเนื่องมาจากอาการทางจิต มากกว่า 2 ครั้ง ใน 1 ปี หรือ
 - 2.2 รับประทานยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ หรือ
 - 2.3 มีการใช้ยาหรือสารเสพติด หรือ
 - 2.4 มีความขัดแย้งในครอบครัวหรือ
 - 2.5 มีความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา ดังนั้นผู้ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 ราย เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับการศึกษานี้

สถานที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ทั้งหมดอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 90 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบให้บริการประชาชน ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนา จำนวน 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนา มีสถานีนอนมัยจำนวนทั้งหมด 14 แห่ง มีศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง ที่เป็นเครือข่ายและมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบ้านนา ร่วมดูแลให้บริการผู้ป่วย มีประชากรที่รับผิดชอบดูแลทั้งหมด จำนวน 69,050 คน ให้บริการผู้ป่วยทั่วไป

ระยะเวลาการศึกษา

- ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2551 - 22 มีนาคม 2552 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน และหลังการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และทางกาย ทั้งประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติครอบครัว สภาพแวดล้อมในครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นแล้วนั้น ผู้ศึกษายังได้นำแบบประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และแบบประเมินการตรวจสภาพจิตมาใช้ร่วมในการประเมินผู้ป่วยด้วย (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ศึกษานำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพัฒนาโดย สมพร รุ่งเรือง กลกิจ และคณะ (2546) มาใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจิตเภท เพื่อ

ประกอบการพิจารณาวางแผนให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (ภาคผนวก ข) ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะอาการ และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยทางท่าทาง ความคิด ความสามารถควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การประกอบอาชีพ การดูแลสุขอนามัยและการรับประทานยา แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยของผลรวมของคะแนนที่ได้ทั้งหมด แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 1** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ระบายความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 2** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาปานกลาง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ **กลุ่มผู้ป่วยระดับ 3** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลามาก เป็นผู้ป่วยที่พึ่งตนเองได้ หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่น

1.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผู้ศึกษานำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งพัฒนาโดย สุวิมล สมัตตะ (2541) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (23 ข้อ) และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (25 ข้อ) (ภาคผนวก ข) โดยที่แบบสอบถามด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนแบบสอบถามด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การควบคุมอารมณ์ การแสดงออกทางท่าทางจำนวน การเข้าสังคม และการสนใจสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตั้งแต่ปฏิบัติน้อยที่สุด ไปจนถึงปฏิบัติมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และแปลผลตามช่วงคะแนนที่ได้ สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่มตามความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดตามลำดับ

1.4 แบบบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบบันทึก ซึ่งเป็นแบบที่ใช้บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ปัญหาที่พบก่อนการดูแล กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับดูแลในแต่ละระยะ ตลอดจนการดำเนินการศึกษา (ภาคผนวก ค)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Maps)

เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพ ประชุมวางแผนร่วมกัน ผู้ศึกษาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่พัฒนาโดย จีลี เจริญสรรพ (2548) ซึ่งแบ่งการดูแลที่บ้านออกเป็น 3 ระยะๆ ละ 4 สัปดาห์ โดยที่ในแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care Maps) จะระบุเป้าหมายของกิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น ระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนของทีมสหวิชาชีพในแต่ละกิจกรรม โดยผู้จัดการรายกรณี จะใช้แผนนี้เป็นเครื่องมือประสานการดูแลร่วมกัน และเป็นการสะดวกในการตรวจสอบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วน ตามกิจกรรมที่วางแผนไว้หรือไม่ หรือตามระยะเวลาที่กำหนด หากผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ หรือพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ในระหว่างการดูแล ก็จะนำแผนการดูแลนี้มาประชุมปรับเปลี่ยนกิจกรรม และกระบวนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในขณะดูแลเป็นระยะๆ (ภาคผนวก ข)

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline-CNPG)

เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งพัฒนาโดย จีลี เจริญสรรพ และคณะ (2548) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนต่างๆ ได้แก่ ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยที่ได้จากการประเมิน กิจกรรมพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย (Intervention) และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Outcome) โดยที่กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแบบแผนประกอบด้วย กิจกรรมหลักๆ 7 กิจกรรม ดังนี้คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแกผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 6) การจัดการกับความเครียด 7) กิจกรรมส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ภาคผนวก ข)

2.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติ

ผู้ศึกษาร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลบ้านนา ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือสอนผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยเนื้อหาที่สำคัญๆ ได้แก่ โรคจิตเภท อาการ การดำเนินของโรค การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความเครียดและผลกระทบ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการคลายเครียด การสื่อสารในครอบครัว และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ (ภาคผนวก ข)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Protection of the Right of Human Subjects)

ก่อนเริ่มการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมศึกษา ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงการที่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา ความต้องการ และการวางแผนในการแก้ไขปัญหาหารือกับผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพ ตลอดระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบถึงสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษานี้ นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษา ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษาจนครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาดถอนตัวออกจากการศึกษาค้างนี้

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การจัดการรายกรณี จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้างนี้

1.2 ขั้นเตรียมผู้ดำเนินการศึกษา

การศึกษาดูแลผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านครั้งนี้ นอกจากที่ผู้ศึกษาได้เข้าศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ผู้ศึกษาได้มีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- อบรมเชิงปฏิบัติการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โปรแกรมจิตสังคมบำบัด จัดโดยสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20-26 สิงหาคม 2544 และอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ คือ วันที่ 14-15 มกราคม 2545 วันที่ 10-14 มกราคม 2548 และวันที่ 17-18 กุมภาพันธ์ 2552

- อบรมเชิงปฏิบัติการบูรณาการเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติด จัดโดยสำนักงานปราบปรามยาเสพติดภาค 2 เมื่อวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2550

- อบรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับพยาบาล จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 11-13 มิถุนายน 2550
- อบรมโครงการอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับพยาบาลในชุมชน และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จัดโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 เขตตรวจราชการที่ 8 โดยมีอาจารย์ จลี เจริญสรรพ เป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 27-30 พฤษภาคม 2551
- อบรมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและเทคนิคสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน เมื่อวันที่ 19-23 มกราคม 2552 โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 และร่วมทีมวิจัยของศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 ศึกษาวิจัยในพื้นที่หมู่ที่ 11 ตำบลป่าชะ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
- อบรมฟื้นฟูความรู้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย จัดโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์โดยมีนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล เป็นวิทยากร เมื่อวันที่ 27-28 มกราคม 2552

1.3 ภายหลังจากที่โครงร่างงานวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้ทำการศึกษาได้ทำหนังสือยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

1.4 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา ขอความร่วมมือให้ผู้ศึกษาดำเนินโครงการศึกษา ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการศึกษา เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษารั้งนี้

1.5 หลังจากได้รับอนุมัติให้ลงมือเข้าไปศึกษาได้ ผู้ศึกษาประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพชุมชน และเข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลงานหลักประกันสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ และบทบาทของพยาบาล ผู้จัดการหลัก (Case manager)

2. ขั้นตอนการ

ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจ และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับใบตอบกลับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช จากทะเบียนในหน่วยงานจิต-สังคมบำบัด และนำข้อมูลเหล่านี้เข้าร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านนา พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่รับใบตอบกลับในช่วงระหว่างดำเนินการศึกษามาได้ 7 ราย และร่วมกันพิจารณาคุณสมบัติการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ และได้คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดได้จำนวน 5 ราย จากนั้นผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี พร้อมกับพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ศึกษาซึ่งทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เข้าไปพบผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 1 (ระยะแรกรับที่บ้าน) ศึกษาข้อมูลด้วยการ แนะนำตัว และหน่วยงานที่สังกัด แจ้งวัตถุประสงค์ของการดูแลที่บ้านและกิจกรรมการพยาบาล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการศึกษาพร้อมทั้งเอกสารแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่สนใจจะเข้าร่วมศึกษาหลังจากผู้ป่วยและญาติตอบตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษาแล้ว ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยและญาติลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ตามแบบที่คณะกรรมการฯ กำหนดก่อนที่จะเริ่มทำการศึกษา

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) จากแฟ้มประวัติ และจากการลงไปศึกษาและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประเมินสมรรถภาพ ตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) และประเมินแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน (Gordon, 1978)

2.3 ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) จากประเด็นปัญหาที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 ขั้นวางแผนการดูแลที่บ้าน โดยประชุม (Care Maps) และ วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Clinical Nursing Practice Guideline – CNPG) ดังนี้

2.4.1 กำหนดแผนการดูแลที่บ้าน (Care Maps) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะๆ ละ 4 สัปดาห์ (ภาคผนวก ข)

2.4.2 วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลที่บ้าน ตามแบบแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของ จลี เจริญสรรพ (2548) (ภาคผนวก ข)

2.5 ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการจัดการรายกรณี (Case management) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติโดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับปัญหา

และความต้องการของผู้ป่วยและญาติแต่ละราย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักดูแลรักษา ร่วมกับนักศึกษาและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งนักศึกษาใช้บทบาทด้านการติดต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม

2.6 ขั้นการประเมินผล (Evaluation) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาเป็นผู้ทำหน้าที่ประเมินผล สำหรับการประเมินผลดำเนินการประเมินในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี คือ

- ขั้นแรกกับผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชน นำมาวินิจฉัยปัญหา
- ขั้นวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Care Maps) ทำการประเมินแผนที่วางไว้ว่าแผนการดูแลครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือไม่
- ขั้นลงมือดูแลผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ติดตามประเมินผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพครบตามกิจกรรมที่วางแผนหรือไม่ หลังให้กิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่อย่างไร และยังขาดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาส่วนที่ประเมินได้ใหม่หรือไม่ ซึ่งในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งที่ตั้งใจดูแลที่บ้าน เพราะปัญหาที่พบเกิดเพิ่มขึ้นใหม่ได้ เมื่อได้ปัญหาใหม่เพิ่มขึ้นมาผู้ศึกษาได้นำข้อมูลปัญหาเข้าร่วมประชุมปรับแผนการดูแลและกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาในขณะดูแลได้
- ขั้นการติดตามประเมินผลผลลัพธ์จากการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ติดตามประเมินผลลัพธ์จากการดูแลของทีมสหวิชาชีพ โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดังนี้

2.6.1 สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ซึ่งเป็นแบบประเมินชุดเดียวกันกับเมื่อแรกรับที่บ้าน (ภาคผนวก ข)

2.6.2 ความสามารถดูแลตนเอง (Self care) โดยแบ่งเป็น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (ภาคผนวก ข)

2.6.3 การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเข้านอนในโรงพยาบาลจิตเวช ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ขณะดูแลที่บ้าน

2.6.4 ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต ในวันที่สิ้นสุดการดูแลรายกรณี

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการศึกษา เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการกรมการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สมรรถภาพผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยบรรยายลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เฉพาะลักษณะที่สำคัญของข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ละรายที่เข้าร่วมศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลด้าน สมรรถภาพผู้ป่วย การดูแลตนเอง (Self care) (ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตามกิจกรรมทางสังคม) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ย

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการบันทึกการสัมภาษณ์และการสังเกตของญาติหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการให้การดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี และข้อมูลจากแบบบันทึกเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยข้อมูลดังกล่าวจะนำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ต่อไป

ผลการศึกษา

การนำเสนอประสิทธิผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี

ข้อมูลส่วนบุคคล ในบรรดากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 4 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 31- 47 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ทั้ง 5 รายเริ่มมีอาการเจ็บป่วยในขณะอายุระหว่าง 17-22 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนข้างยาวนาน คือระหว่าง 10-11 ปี จำนวน 2 ราย และ 20-25 ปี จำนวน 3 ราย ด้านประวัติการใช้ยาและสารเสพติดจะพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนถึง 3 ใน 5 รายมีประวัติในอดีตเคยใช้มาก่อนการเจ็บป่วย ส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของครอบครัว พบว่ามีผู้ป่วย

จำนวน 3 ราย ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ทำการรักษาผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีประวัติเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบซ้ำ

สมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มีความรุนแรงระดับ 1 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมาเป็นระดับ 2 แต่ยังคงมีอาการทางจิตเวชเช่น พุดคนเดียว หัวเราะคนเดียว ประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยจำนวน 1 ราย มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับ 2 เป็นระดับ 3 และผู้ป่วยระดับ 3 จำนวน 1 ราย หลังได้รับการดูแลสามารถประกอบอาชีพและเลี้ยงครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนโดยรวมคือ อาการหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรในผู้ป่วยทั้ง 5 ราย หลังได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณีแล้ว อาการดังกล่าวดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น

● **การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ทำการรักษา ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตกำเริบ

ความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณี จากผลการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากที่มีพยาบาลมาดูแลที่บ้าน เนื่องจากได้รับความรู้ คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตรงกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ได้รับคำอธิบายและมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามต้องการ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองดีขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ

บทเรียนที่ได้จากการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการเรียนรู้จากปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาของการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้คือ

1. **มีการปรับรูปแบบการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ** ในความเป็นจริงแล้วการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องวางแผนร่วมกันโดยทีมนสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักอาชีวบำบัด และพยาบาลจิตเวช เป็นต้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ทีมนสหวิชาชีพของโรงพยาบาลบ้านนา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพงานจิต-สังคมบำบัด เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลงานประกัน

สุขภาพ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด โดยที่กลุ่มบุคคลดังกล่าวไม่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกับนักศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รับผิดชอบและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ผู้ศึกษาจึงได้ใช้การวางแผนการดูแลที่พัฒนาโดย จลิและคณะ (2548) มาเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยในแผนการดูแลดังกล่าว มีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยในการประชุมทีมสหวิชาชีพแต่ละครั้งอาจมีบุคลากรในทีมที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ในกรณีที่พบปัญหาที่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณีก็จะติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญนั้นโดยตรง

2. มีการปรับแผนการเยี่ยมผู้ป่วย แผนการดูแลที่ลงเยี่ยมแต่ละครั้ง จะมีการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ที่บ้าน โดยการตกลงร่วมกันว่าพร้อมที่จะมาวันไหนในแต่ละสัปดาห์ที่วางไว้ และเวลาไหนบ้างที่ผู้ป่วยหรือญาติมีการกิจ จะมีการปรับเวลาเป็นครั้งคราวไป ซึ่งก็มีบางครั้งที่ลงไปดูแลที่บ้านนอกเวลาราชการ ตามที่ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมต่อการดูแลดังกล่าว ซึ่งถ้าจะนำแผนนี้ไปปฏิบัติในอนาคต ควรมีการปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของสภาพพื้นที่ และข้อตกลงแต่ละรายไป รวมทั้งมีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับวิธีการและเวลาร่วมด้วย เช่นในกรณีฉุกเฉินสามารถใช้โทรศัพท์ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง เป็นต้น

3. มีการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งพัฒนาโดย จลิ เจริญสรรพ และคณะ (2548) เป็นหลัก แต่ในขณะดำเนินการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยบางรายมีปัญหาที่ต้องให้การดูแลที่นอกเหนือจากกิจกรรมพยาบาลที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม โดยมีการเพิ่มกิจกรรมการพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

- ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด (Matrix program) ร่วมกับการแพทย์ทางเลือก ในการที่ช่วยแก้ไขปัญหาการติดยาเสพติด

- ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซึมเศร้า มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายร่วมด้วย ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้า

- ได้มีการเพิ่มกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำญาติของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย พร้อมทั้งญาติของผู้ป่วยจิตเภทอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 30 ราย ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

- เนื่องจากในแนวปฏิบัติการพยาบาล ไม่ได้ระบุกิจกรรมที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้คิดวิธีการในการจัดโครงการการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนขึ้น ทั้งนี้ผู้ศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ร่วมประชุมปรึกษากันเกี่ยวกับการทำโครงการเสนอของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการจัดโครงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น รุ่นที่ 1 เป็นโครงการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ รุ่นที่ 2 เป็นโครงการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มแม่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้โรคจิตเภทและการดูแลรักษา การค้นหา คัดกรองในชุมชน และระบบการส่งต่อการดูแลรักษาไปยังสถานบริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลชุมชน ตามขั้นตอนการส่งต่อ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หลังจัดการอบรม แกนนำได้ค้นหา คัดกรอง และส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ชุมชนมีความเข้าใจ เห็นใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมล้อเลียนผู้ป่วย หรือชักชวนผู้ป่วยให้ดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติดอย่างแต่ก่อน ให้การยอมรับและให้โอกาสแก่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านโดยดูจากผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญประเพณีในหมู่บ้านของตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ซึ่งสำหรับในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนบางราย ต้องอาศัยระยะเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ ในการให้การดูแล และในกิจกรรมบางกิจกรรม ต้องใช้ระยะเวลาในการที่จะเห็นผลการเปลี่ยนแปลง เช่น กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

ความเป็นไปได้ของการนำเอาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในโรงพยาบาลบ้านนา

มีความเป็นไปได้ในการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลบ้านนา ได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ 7 “พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน” (โรงพยาบาลบ้านนา, 2552) และมีการค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนาโดยการวิเคราะห์ SWOT รวมทั้งการค้นหาอุปสรรคความเสี่ยงทางคลินิก และการบริหารจัดการความเสี่ยง เกิดการพัฒนากระบวนการดูแล

ผู้ป่วยเป็นทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาลบ้านนา นอกจากนี้ในโรงพยาบาลบ้านนามีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานอยู่แล้ว ส่วนการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มาใช้ในหน่วยงานจิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนานั้น ยังอยู่ในช่วงระยะเริ่มแรก และผลที่ได้จากกรณีศึกษาครั้งนี้ จะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (nursing research) และด้านการบริหารทางการพยาบาล (nursing administration) ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการจัดการรายกรณี ตามแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของผู้จัดการหลัก (Case manager) พยาบาลจิตเวชสามารถทำบทบาทหน้าที่นี้ได้ดี ทั้งยังสามารถทำหน้าที่ด้านผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) เนื่องจากมีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชอยู่แล้ว และเป็นผู้ที่มีความเข้าใจพื้นฐานวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชนได้อย่างดี รวมทั้งการทำงานเป็นทีมและบทบาทการประสานทีมงาน เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือนั้น การดูแลรูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพก็สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้เช่นกันพยาบาล (ผู้จัดการ) ควรเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ความสามารถ มีทักษะเชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีการพัฒนาตนเองสม่ำเสมอ ศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ และตัดสินใจที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะหน้าของผู้ป่วยที่ให้การดูแลนั้นได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดังต่อไปนี้ คือ

- วิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางด้านความคุ้มทุนเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบอื่น

- วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของการใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม เช่น โรคจิตเภทร่วมกับการติดสารเสพติด และโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้า เป็นต้น
- วิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการบริหารทางการพยาบาล เนื่องจากการจัดการรายกรณีต้องมีการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องด้วยโรงพยาบาลบ้านนาเป็นโรงพยาบาลฝ่ายกายที่ไม่มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องมีการวางแผนที่หาวิธีที่จะช่วยพัฒนาบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น จัดทำโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การบำบัดรักษาและการดูแลที่บ้านให้กับพยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ PCU นอกจากนี้ควรมีการจัดทำแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทประจำโรงพยาบาล และมีคู่มือ ICD-10 ให้แพทย์ที่อยู่เวรเพื่อใช้ประกอบการตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษา

A CASE STUDY OF A CASE MANAGEMENT FOR SCHIZOPHRENIA
FOLLOWING A PSYCHIATRIC HOME CARE CLINICAL NURSING
PRACTICE GUIDELINE

NOPPUSSORN WISES 4836252 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (Nursing), SOPIN SANGON, Ph.D.(Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Schizophrenia is one of the most commonly found psychiatric problems, accounting for 1% of the population in the world (Sadock & Sadock, 2003). In the United States, schizophrenia accounts for 1-1.5% of the population (Kaplan & Saddock, 2000). In Thailand, in the fiscal year 2006, schizophrenia patients made up 45 to 50% of total psychiatric patients (Information Center, B.E. 2551). According to the data of psychiatric patients who inpatient treatment and care at hospitals under the Department of Mental Health in the fiscal year 2006, schizophrenia patients accounted for 51.53% all psychiatric patients (Information Center, B.E. 2551). Schizophrenia patients are patients with abnormality in their thinking, emotion, perception, and behaviors (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2542). The symptoms of schizophrenia generally gradually develop, and the patients cannot be completely cured. They are likely to experience relapses on a periodical basis, and even after they have been treated, some symptoms will remain (Manote Lortrakul & Pramote Sukanitch, B.E. 2548; Cunningham, 2007). Only 25% of schizophrenia patients benefit from successful treatment, 50% suffer from occasional relapses, 15% do not respond to treatment and have to suffer from chronic conditions of the illness, and 10% suffer

greatly from deterioration and defects in different types of functioning (Gillam, 2006). In addition, a previous study has shown that after treatment, 50 to 70% of schizophrenia patients tend to suffer from repeated relapses (Petcharee Kanthasaibua, B.E. 2548).

Schizophrenia affects patients in different aspects including the patients themselves, their family, community, and national economy. As for the effects on the patients, the deterioration in their personality and the decreased ability to perform daily living activities will prevent some patients from performing daily living activities or work. They are unlikely to be able to do their former work, and they tend to lack concentration to work, hence unsuccessful working. In addition, some schizophrenia patients may lack energy or suffer from fatigue, which makes them unable to work as they used to. Besides this, schizophrenia can be a stigma for patients, so they tend to isolate themselves from others, they do not want to communicate or socialize with others, and they are afraid that other people will learn of their disease (Jindarat Pimdeed, B.E. 2541). As a result, their interpersonal relationships with family and community members decrease (Manote Lortrakul & Pramote Sukanich, B.E. 2546). As for the effects on the family, family members or family caregivers may suffer from stress and burden from care of schizophrenia patients. They may lack rest and relaxation due to the disturbances caused by schizophrenia patients such as refusing to sleep at night, so family members or caregivers may develop headache, loss of appetite, and health problems, or they may even be injured by the patients (Mallika Singhasuriya, B.E. 2547). Furthermore, caregiving burdens make caregivers lack opportunity to interact with other people, and they may lack information or support resources from society. For this reason, families of schizophrenia patients may live their life in isolation. Some families may also feel ashamed that their family members suffer from schizophrenia, and they try to hide the truth from others in society (Sathit Wongsurapakit, B.E. 2542). With regard to effects on the community, in general community can have both positive and negative attitudes toward schizophrenia patients. Sometimes the community may sympathize the patients who are not treated fairly from others, but at other times they may feel annoyed when the patients are suffering from relapses. Some patients have aggressive behaviors and disturb other people, so community members may become afraid of

them, feel that they are disgusting, or avoid having any association with the patients (Jindarat Pimdeed, B.E. 2541). Finally, when considering the effects of schizophrenia on the national economy, it can be seen that the number of hospitalization days of schizophrenia patients, which is as high as 54.5 days on average, is higher than that of other psychiatric patients. Even after hospital discharge, schizophrenia patients require continuous treatment with injection or medication intake according to the treatment plan. Thus, the care expenses for schizophrenia patients are high, and they cause economic and social losses to the country (Pichet Udomrak, B.E. 2547; Nantika Tawichachart, B.E. 2548).

In the tenth National Economic and Social Development Plan (B.E. 2550-2554), the main strategies to reform healthcare services of the Thai citizens are specified, with primary healthcare being emphasized, particularly continued care to promote mental health and rehabilitate psychiatric patients at home. Psychiatric hospitals under the Department of Mental Health, which are tertiary hospitals, have the policy to provide short-term hospitalization for psychiatric patients to relieve their mental symptoms during the critical period, in doing so reducing the length of hospital stay and to speed up hospital discharge for home care and community care when the patients are sufficiently conscious, able to communicate with others, and able to perform self-control (Chantra Theerasomboon, B.E. 2542).

However, for most of the schizophrenia patients, even after their symptoms have been relieved and they have been discharged from the hospital, they are likely to suffer from relapses not long after that and have to be readmitted (Petcharee Kanthasaibua, B.E. 2548). There are different problems of schizophrenia patients who have been discharged and returned home. First, as regards behavioral problems, schizophrenia patients tend to have aggressive behaviors and they are unable to control their emotions. Sometimes they can cause injury to their family members or others (Wasana Pandok, B.E. 2545). Some do not pay attention to daily living activities (Sathit Wongsuraprakit, B.E. 2542), do not care how to dress appropriately (Marasri Praneewat, B.E. 2548), and have problems with substance abuse including drinking alcohol and smoking cigarettes (Chanchai Natesuwan, B.E. 2545). Secondly, schizophrenia patients have trouble adhering to the treatment plan. Some patients may refuse to take medications prescribed in the treatment plan

(Cunningham, 2007), or they may refuse to see the psychiatrist when they have an appointment. Some schizophrenia patients may increase or decrease the dosage of their medications, or they take their medications incorrectly (Petcharee Kanthasaibua, B.E. 2548). Other patients may lack knowledge and understanding of how to perform psychiatric medication intake (Chanchai Natesuwan, B.E. 2545). Schizophrenia patients may refuse to adhere to the treatment plan because they are tired of the side effects of the medications which make them drowsy, unable to work, or irritable. Some medications make patients suffer from a stiff tongue or a stiff body. As a result, schizophrenia patients may feel embarrassed when they have to take the medications and they may develop negative attitudes toward medication intake (Ratree Insee, B.E. 2541). Some patients may also stop taking medications when they have no symptoms and assume that they are cured (Mervin & Stephen, 2002). Thirdly, schizophrenia patients have interpersonal relationship problems. The patients may have fewer interactions with family members and others, and they may have more social isolation (Jintana Pimdeed, B.E. 2541). Some schizophrenia patients may avoid participation in activities organized in the community as they lack self-confidence, and their family may perceive or treat them as if they are constantly sick (Mallika Singhasuriya, B.E. 2547). Fourth, there can be problems with the family's care of schizophrenia patients. A study conducted by Montree Amornpichetkul and Pornchai Pongsanguansin (B.E. 2544) has revealed that families with schizophrenia patients are likely to suffer from economic problems. The debts incurred prevent them from paying full attention to the patients to supervise the patients' continuous medication intake. In some families, when family members have to provide care to schizophrenia patients, they lose the opportunity to work to earn their living. In other families, having to take the patients to their medical appointments means that family members have to take leave from work (Montree Amornpichetkul & Pornchai Pongsanguansin, B.E. 2544). In some cases, the traveling expenses can be higher than the medical expenses, making it not possible for the patients to receive continuous care. Finally, schizophrenia patients suffer from problems with their occupation and income. Most of the schizophrenia patients do not work and do not have regular incomes (Chanchai Natesuwan, B.E. 2545). Also, in patients who continue to work, their ability and tolerance to work will

be affected, and when they experience relapses, they will lose concentration and will not be able to work (Jindarat Pimdeed, B.E. 2541).

The aforementioned problems of schizophrenia patients who have been discharged and returned home have led to a review of care provided to them. Generally, the care provided to schizophrenia patients can be divided into two phases: 1) during hospital stay and 2) during return to the community. During the first phase, the patients receive care including medication, electric shock, and psychosocial therapy (Manote Lortrakul & Pramote Sukanitch, B.E. 2548). Schizophrenia patients who are hospitalized are those with aggressive behavior who can be a danger to not only themselves but also others, those who need close care and monitoring such as those suffering from serious side effects of the medication, those who are treated with medications but refuse to take their medications (Manote Lortrakul & Pramote Sukanitch, B.E. 2548), and those who need to be treated with electrical shock after medication has proved ineffective (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2548). In addition, various forms of psychosocial therapy are provided to schizophrenia patients including individual and group psychotherapy (Orapan Lueboonthawatchai, B.E. 2549), activity therapy, milieu therapy, behavior therapy, and family therapy (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2542). On the other hand, therapy provided in the community is appropriate for patients whose symptoms have been under control and need rehabilitation at home (Manote Lortrakul & Pramote Sukanitch, B.E. 2548). Therapy provided in the community is the system which transfers patients from the hospital to the community (Stuart & Laraia, 2005) to rehabilitate patients to enable them to take care of themselves and to live with their family normally (Stein & Santos, 1998). It consists of the following activities: 1) therapy with psychiatric medications and 2) rehabilitation. The latter consists of teaching of life skills, occupational training, dissemination of education, and management of different problems in life (Roffolo & Nichols, 1994). The care provided varies according to the condition of the patients and the complications of their problems. Schizophrenia patients who need to rely on community therapy are those who have chronic and severe psychiatric symptoms (Rosenheck, Hoff, Steinwachs, & Lehman, 2000), those who have the problems with substance abuse (Clark et al., 1998), and psychiatric patients with problems about housing and access to hospital services (Lehman, 1999). Due to these problems, a

care system to be provided to schizophrenia patients in the community has been developed using case management.

Case management for schizophrenia patients is a system that provides continued care to schizophrenia patients in the community. The multidisciplinary team members work together to plan for care maps. There is a case manager who is directly responsible for providing care and coordinating with the multidisciplinary team to ensure that the patients receive continuous and appropriate care from the related healthcare personnel (Jalee Chareonsan et al., B.E. 2548; Jintana Yunipan et al., B.E. 2548; Mueser et al., 1998). The care activities in case management include promotion and training of different skills such as work skills, life skills, problem-solving skills, etc. (Roffolo & Nichols, 1994). The family and community members are also encouraged to take part in the caregiving activities. Previous studies conducted to investigate the effectiveness of case management for schizophrenia patients have revealed that patients' psychiatric symptoms are relieved (Chan et al., 2000), they have more self-care efficacy to perform daily living activities and to engage in social activities (Vorasuda Thongrak, B.E. 2550; Killaspy et al., 2006), they become more cooperative and adherent to medication intake (Pakarat Thavornwong et al., B.E. 2548), the patients' substance abuse is decreased (Somporn Rungruangkolkit et al., B.E. 2547), the rate of relapses is reduced (Jalee Charoensan et al., B.E. 2548), the care burdens of caregivers are decreased (Sunanta Srisakorn, B.E. 2550), and the patients and their family have more satisfaction with care services (Roffolo & Nichols, 1994; Mueser et al., 1998). Furthermore, care management shortens the length of hospital stay for patients (Waraporn Maraksa, B.E. 2548), reduces costs of medical care in the hospital, prolongs re-hospitalization, and increases patients' self-care efficacy (Navaporn Tree-oath, B.E. 2544; Ladda Sakdadechrit, B.E. 2546; Chan & Wong, 1999).

The research is a professional nurse who is in charge of the care provided to psychiatric patients who have been transferred from a psychiatric hospital to Baan Na Hospital for continued care. According to the statistics kept by the Registration Office of Baan Na Hospital, Nakhon Nayok Province, the numbers of schizophrenia patients who were treated at the hospital between 2005 and 2007 were 130, 142, and 154, respectively (Baan Na Hospital, B.E. 2550). Thus, it can be seen that the number

of schizophrenia patients tends to increase. In general, most of the patients lack continued care, and some seek healthcare services from a public health station in their neighborhood which does not suit their conditions or symptoms, so they have to suffer from relapses. In the past, there were three schizophrenia patients who successfully committed suicide after their relapses. During January to March 2008, the researcher conducted a home visit to 34 schizophrenia patients to interview them. Major problems that were detected during the interviews can be summarized as follows:

- 1) Problems caused by the patients' practices: Patients do not have understanding about the psychiatric symptoms they are having, and they do not understand the significance of pharmacological treatment, so they lack treatment adherence. Also, some patients lack skills to carry out daily living activities, and others lack attention and care from their family members due to problems with interpersonal relationships.
- 2) Problems caused by the current care system: At present, there is a policy to shorten hospital stay, so the patients are discharged from the hospital sooner. However, there is no system to provide continued care to the patients, so the rate of relapses can be very high.
- 3) Problems caused by patients' co-morbidity or other problems: Some schizophrenia patients have a history of substance abuse or are addicted to drugs. In addition, some patients suffer from depression and have a suicidal behavior.

Based on these problems, case management is deemed appropriate to provide care to schizophrenia patients to suit their individual problems and needs. At present, at Baan Na Hospital, there is no clearly devised system to provide continued care to schizophrenia patients. Research on effectiveness of home care has shown that case management is effective not only for patients themselves but also their family members and caregivers. Case management involves the work of the multidisciplinary team, and psychiatric nurses have the liberty and play an independent role to directly provide care to the patients, while coordinating among the team members who also take part in the care (Jintana Yunipan et al., B.E. 2548). The researcher, who is a professional nurse directly in charge of provision of care of schizophrenia patients, was interested in investigating the feasibility to implement case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline developed by Jalee Charoensan et al. (B.E. 2548) to provide care to schizophrenia

patients who are under the responsibility of Baan Na Hospital, Baan Na District, Nakhon Nayok Province.

Conceptual Framework of the Study

Case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline is developed by Cohen (1996). In this study, the concept of case management was used as the conceptual framework of the study. Case management refers to direct and systematic care offered to schizophrenia patients that emphasizes the patients as the center of care, with their family members or caregivers participating in care according to the patients' problems and needs of individual patients. Case management involves teamwork of the multidisciplinary team, and there is a case manager who is the primary caregiver of each patient and who is responsible for coordinating with the related multidisciplinary team members to ensure that the patients receive care that directly serves their needs and solves their problems, with the goal and duration of the care clearly specified and the care outcomes continuously evaluated. Case management based on the concept of Cohen (1996) can be divided into the following steps: 1) Identifying and screening schizophrenia patients; 2) Assessing schizophrenia patients and their family in various aspects based on the medical history records, their family and environment, the health status assessment scale, the mental status examination, the patients' capacity, and the self-care efficacy of schizophrenia patients which can further be subdivided into activities of daily living and social functioning; 3) Diagnosing the patients' and their family's needs for care; 4) Devising the care maps; 5) Providing care in accordance with the clinical nursing practice guideline (CNPG) with nurses as the case manager who provide direct care to schizophrenia patients; 6) Evaluating the care outcomes based on the capability of psychiatric patients, their self-care efficacy (to perform activities of daily living and to function in social activities), rates of relapses, and patients' and their family's satisfaction with care; and 7) Terminating the home care and conducting referrals.

Objectives of the Study

To investigate the feasibility of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline under the responsibility of Baan Na Hospital with the focuses being placed on the following issues:

1. The effectiveness of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline, which was determined based on the following outcomes: 1) capability of schizophrenia patients, 2) schizophrenia patients' self-care efficacy in two aspects of activities of daily living and participation in social activities, 3) rates of relapses, and 4) patients' and family members' satisfaction with care.
2. Problems or obstacles in implementing case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline in each step of case management

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study can be used to develop a care system for schizophrenia patients to ensure continuity of care based on case management with a nurse acting as a case manager.

Definition of Terms

Schizophrenia patients refer to individuals who have been diagnosed based on the DSM-IV criteria of The American Psychiatric Association or the ICD 10 criteria of the World Health Organization as having schizophrenia which is characterized by abnormality in cognition, emotion; behavior and unrealistic perception and response to the environment; and deteriorations and defects in various aspects including personality, social functioning, and occupation.

Family members or caregivers of schizophrenia patients refer to individuals are related by blood or members of the same family of schizophrenia patients who offer care to schizophrenia patients at home. They can be a wife, husband, father, mother, grandfather, grandmother, sibling, or someone who lives in

the same family as the schizophrenia patients and provide assistance to schizophrenia patients on their daily living activities on a regular basis without receiving any monetary returns or they are persons who are responsible for financial burdens and costs of living of schizophrenia patients.

Case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline refers to care activities provided to schizophrenia patients which can be complicated depending on the conditions and needs of individual schizophrenia patients. It involves the steps and processes of care devised by the multidisciplinary team members who write the care maps in advance during provision of care and follow-ups. Nurses act as case managers who provide direct care to schizophrenia patients based on case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline and coordinate with the members of the multidisciplinary team as necessary.

Research Methodology

The present study aimed at investigating the feasibility of implementing case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline. The steps involved in the research procedures are as follows:

Population and Sample

Population

The population of the present study consisted of the following:

1. Schizophrenia patients who had been diagnosed with schizophrenia by a psychiatrist in any age group who resided in Baan Na District, Nakhon Nayok Province. According to the statistics of Baan Na Hospital (B.E. 2550), there were approximately 245 schizophrenia patients living in the district. These patients had been treated at a psychiatric hospital before being discharged for continued treatment and care at Baan Na Hospital, Nakhon Nayok Hospital.
2. Family members or caregivers who lived in the same house with schizophrenia patients and provided primary and close care to them.

Sample

The inclusion criteria of the study sample were as follows:

1. They had been diagnosed with schizophrenia by a psychiatrist according to the DSM-IV or ICD criteria.

2. They had a referral letter for continued treatment and care at Baan Na Hospital with one of the following care problems:

- 2.1 They had been treated at a psychiatric hospital for more than two times in one year.

- 2.2 They did not cooperate with medication intake or did not have adherence to prescribed medication.

- 2.3 They abused drugs or addictive substances.

- 2.4 They had conflicts in the family.

- 2.5 They had suicidal thoughts or behaviors.

The present study aimed at investigating the feasibility of implementing case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline. A total of five schizophrenia patients who met the inclusion criteria were recruited as the subjects of the study.

Research Setting

All five subjects of the study lived in Baan Na District, Nakhon Nayok Province, which is under the responsibility of Baan Na Hospital, a secondary hospital with 90 beds under the Public Health Office of Nakhon Nayok Province, Ministry of Public Health. The hospital is in charge of providing healthcare to residents living in 116 villages in ten Tambon in Baan Na District. In the area, there are altogether 14 health stations and two community health centers which are affiliated with Baan Na Hospital. The multidisciplinary team of Baan Na Hospital collaborates with provision of care to the patients, with a total of 69,050 outpatients who seek healthcare services. At Baan Na Hospital, care is provided to patients in different fields by 204 staff members. Of these, there are six physicians, three dentists, four pharmacists, two nutritionists, two physical therapists, 84 professional nurses, 20 nurse aids, and 83 other staff members. There are also a psychosocial therapy unit and a nursing group who take care of psychiatric patients of Baan Na Hospital. Care is generally provided reactively and proactively. The reactive care included provision of psychiatric outpatient services to assess and screen psychiatric patients, who will then be referred to a physician or psychiatrist for examination, diagnosis, and treatment; provision of

individual and family psychotherapy; and provision of consultation on mental health problems. The proactive care includes provision of follow-up care to schizophrenia patients and other psychiatric patients with complications at home, establishment of a network involving participation of community leaders to provide care to psychiatric patients, provision of advice and consultancy to PCU involved in care of schizophrenia patients at home and in the community, and prevention of mental health problems and promotion of mental health in school and in the community. The present case study of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline was conducted with schizophrenia patients who resided in Baanna District, Nakhon Nayok Province, under the responsibility of the psychosocial therapy unit, nursing group, Baanna Hospital.

Duration of the study

Between December 29, 2008 and March 22, 2009, totaling 12 weeks

Instruments

The instruments used in this study could be divided into data collection instruments and research instruments which were as follows:

1. Data collection instruments

The instruments used to collect data before and after the study consisted of the following four parts:

1.1 The demographic characteristic questionnaire

The demographic characteristic questionnaire was designed by the researcher to elicit data regarding demographic characteristics of the subjects including major symptoms, history of mental and physical illnesses including past and present illnesses, history of substance abuse, family history, family environment, roles of family members and interpersonal relationships in the family, and sources of social support. In addition, the researcher also utilized the 11 health assessment patterns of Gordon and a mental health examination assessment form to assess the study sample (see Appendix B).

1.2 The efficiency of psychiatric patient assessment scale

The researcher used the instrument developed by Somporn Rungruangkolkit et al. (B.E. 2546) which was specially designed to assess the severity of the symptoms of schizophrenia patients so as to more appropriately devise a nursing

care plan to suit their individual symptoms (see Appendix B). The questionnaire was used with the family members or caregivers of schizophrenia patients to elicit data regarding their symptoms and expressed behaviors including their gestures, thoughts, ability to control their emotions, communication, occupation, personal hygiene care, and medication intake. There were altogether 13 items in the questionnaire. The mean scores of the total scores were used to divide the patients into three groups. The patients who were categorized under **Level 1**, the acute phase, were characterized by their severe symptoms, their inability to take care of themselves, and their disruptive behaviors or social isolation. The patients who were categorized under **Level 2**, the stabilization phase, were characterized by their moderately improved symptoms and ability to take care of themselves and to live with others to a certain extent but with some psychiatric symptoms remaining. Finally, the patients who were categorized under **Level 3**, the stable phase, were those who had mild symptoms and who were able to independently take care of themselves, to work, or even to help others. The mean scores higher than 3.4: The patients were categorized under Level 3, the stable phase, characterized by their considerably improved symptoms and their ability to take care of themselves, work, and possibly help others.

1.3 The psychiatric patient self-care efficacy scale

The psychiatric patient self-care efficacy scale was originally developed by Suwimol Samatha (B.E. 2541). In this study, it was used to assess schizophrenia patients' self-care efficacy. The scale consisted of 48 items, which were divided into two aspects—ability to perform daily living activities (23 items) and ability to participate in social activities (25 items) (see Appendix B). **The self-care efficacy to perform daily living activities scale** consisted of personal hygiene care, food intake, rest and relaxation, participation in family activities, self-traveling, and adherence to the treatment plans, whereas **the self-care efficacy to participate in social activities scale** included establishment of relationships, emotional control, body gestures, socialization, and interest in the environment. The items in both parts of the questionnaire were arranged in a five-point rating scale ranging from least to most. As for interpretation of scoring, the mean scores were used to divide schizophrenia patients into five groups depending on their self-care efficacy—highest, high, moderate, low, and lowest, respectively.

1.4 Case management care outcomes record form

The case management care outcomes record form was developed by the researcher to record the changes and outcomes of nursing home care activities provided to schizophrenia patients including problems before provision of care, caregiving activities, and care outcomes during each stage of care throughout the data collection period.

2. Research instruments

The research instruments could be divided into three parts as follows:

2.1 Care maps

The care maps were constructed by the multidisciplinary team members who were related to care of schizophrenia patients based on the home care plans developed by Jalee Chareonsan (B.E. 2548). According to the care maps, the care provided to schizophrenia patients was divided into three phases, with each phase lasting four weeks. In the care maps, the goals of the activities, the types of the activities, and the care outcomes will be clearly specified, as well as the duties and responsibilities of the multidisciplinary team members during the implementation of each activity. The case manager would use the care maps as a tool to coordinate the care provided to schizophrenia patients for ease of monitoring to ensure that all schizophrenia patients receive the care activities as planned and in the specified timeframes. However, if it was found out that the goals of the care activities were not met or that there were new problems that had arisen during the caregiving activities, the multidisciplinary team would then conduct a meeting to adjust the activities and caregiving processes to deal with the problems on a periodical basis.

2.2 Clinical nursing practice guideline (CNPG) on home care for schizophrenia patients

The clinical nursing practice guideline (CNPG) was developed by the researcher based on the clinical nursing practice guideline for home care of schizophrenia patients originally constructed by Jalee Charoensan et al. (B.E. 2548). The clinical nursing practice guideline consisted of problems or diagnostic points derived from the assessment of the patients, nursing intervention activities provided to the patients, and expected care outcomes. The nursing intervention activities mainly consisted of seven activities as follows: 1) establishment of nursing relationships with

schizophrenia patients and their family, 2) provision of advice and consultancy to schizophrenia patients and their family, 3) dissemination of knowledge on schizophrenia, 4) dissemination of knowledge on environmental management to promote mental health in the family, 5) prevention of crisis and emergency situations of schizophrenia patients, 6) stress management, and 7) promotion of community participation in care of schizophrenia patients (see Appendix B).

2.3 A manual for caregivers of schizophrenia patients

The researcher cooperated with healthcare personnel and the multidisciplinary team members of Baan Na Hospital to construct a manual for caregivers of schizophrenia patients to disseminate knowledge and understanding among schizophrenia patients and their family. The contents of the manual consisted of definition of schizophrenia, symptoms, prognosis, treatment, psychiatric medications, care of schizophrenia patients, prevention of relapses, management of problematic behaviors, stress and its effects, stress management, relaxation techniques, family communication, and agencies providing psychological assistance (see Appendix B).

Protection of the rights of human subjects

The research proposal was submitted for approval from the Committee on Ethics in Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. After permission to conduct research was granted, the researcher met the schizophrenia patients and their families to explain the study objectives and data collection procedures, including assessment of patients and families, examination of mental conditions, assessment of patients' physical and psychosocial functioning as well as ability to carry out daily living activities and participate in social activities, and participation of patients and families in assessment of problems and needs and planning for solutions with the researcher and the multidisciplinary team all through the 12 weeks of data collection. Besides this, the researcher assured the sample that they had the rights to withdraw from the study at any time if they wished without any effects on the patients and their families who participated in the study. Furthermore, they were informed that the data collected from them would be kept strictly confidential, and no real names would be used in the

analysis and presentation of data. It is worth noting that there was no study subject who withdrew from the study during the 12-week data collection period.

Research process

In this study, the research process was divided into the following phases:

1. Preparation stage

1.1 Review of literature

The researcher conducted a review of literature by studying texts, manuals, documents, and research reports related to concepts and theories of case management to ensure a sufficient body of knowledge to be utilized in the study.

1.2 Preparation of the researcher

In addition to enrolling in the Master's degree program in psychiatric nursing science at Mahidol University, the researcher also underwent training programs to develop skills in giving psychiatric home care based on the concept of case management as follows:

- A training workshop on psychosocial therapy for treatment and rehabilitation of patients with substance abuse organized by Thanyarak Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health, on August 20-26, 2001, with periodical follow-ups on January 14-15, 2002, January 10-14, 2005, and February 17-18, 2009
- An integrated workshop to increase efficiency in treatment of patients with drug and substance abuse organized by the Office of the Narcotics Control Board, Region 2, on February 19-20, 2007
- A training on cognitive and behavioral therapy for nurses conducted by the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, on June 11-13, 2007
- A training program on psychiatric care for community nurses and psychiatric home care organized by Prof. Jalee Charoensan at the Second Mental Health Center, the Eighth Supervision Area, during May 27 to 30, 2009.
- A training on participatory research and participation techniques of the community to solve mental health problems in the community conducted by the Mental Health Center 2 From January 19 to 23, 2009, together with actual participation in the research team of the Mental Health Center 2 to conduct research in Moo 11, Tambon Pa Kha, Baan Na District, Nakhon Nayok Province.

- A follow-up training program on establishment of mental strength to assist patients with depression and suicidal thoughts organized at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital by Dr. Pravate Tantipiwattanasakul, M.D., on January 27-28, 2009

1.3 After the research proposal was approved by the Board of Committees of the Masters of Science in Nursing Curriculum of Mahidol University, the researcher submitted a letter to the Committee on Ethics in Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University asking for permission to conduct research with schizophrenia patients and their families in Baanna District, Nakhon Nayok Province.

1.4 After approval was granted by the Committee on Ethics in Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, a letter was issued by the Graduate School of Mahidol University to ask for cooperation in data collection from the beginning to the completion of nursing activities for each schizophrenia patients. The letter was submitted to the Director of Baan Na Hospital for approval and for comments and suggestions for the study.

1.5 After permission to collect data was granted, the researcher approached the head of nursing and head of family medicine and community health services, and attended a meeting of the multidisciplinary team of Baan Na Hospital including physicians, pharmacists, nutritionists, physical therapists, health assurance nurses, and community practice nurses to explain the steps and processes involved in case management as well as the roles and responsibilities of the multidisciplinary team and the research who acted as case manager.

2. Implementation stage

The researcher surveyed and collected data of schizophrenia patients who received the treatment reply from a psychiatric hospital from the registration of the psychosocial unit. The data were then considered by the multidisciplinary team of Baan Na Hospital to select seven schizophrenia patients who received the reply during the data collection period. After that five patients who met the inclusion criteria were recruited, and the researcher followed the case management and protection of the rights of human subjects protocols as follows:

2.1 The researcher, who was a case manager in this study, established rapport with the schizophrenia patients and their family during the first home visit during the first week (the home admission phase). The researcher introduced herself and her affiliation, explained the objectives of the psychiatric home care and the activities involved, detailed data collection procedures, and distributed documents to schizophrenia patients and their family members who were interested in participating in the study. After the patients and families agreed to take part in the study, the researcher asked them to sign the informed consent form as specified by the Committee on Ethics in Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

2.2 The researcher collected data of the patients and their families from the medical history record forms and from home visits. The researcher also collected demographic characteristics data and conducted mental status examination and health patterns of the patients using the instrument developed by Gordon (1978).

2.3 The researcher conducted the nursing diagnosis based on the problems derived from the assessment of the patients and their families.

2.4 The researcher devised a home care plan by conducting a meeting to develop the care maps and the clinical nursing practice guideline (CNPG) as follows:

2.4.1 The care maps were designed with the multidisciplinary team for a period of 12 weeks, which was divided into three phases, each lasting four weeks (see Appendix B).

2.4.2 The clinical nursing practice guideline was devised with the multidisciplinary team with the patients and their family caregivers taking part in provision of care based on the home care activities plan of Jalee Charoensan (B.E. 2548) (see Appendix B).

2.5 The case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline was implemented with individual patients' and family members' problems and needs taken into account. The schizophrenia patients and their family members or primary caregivers also took part in the care with the researcher and the multidisciplinary team. The researcher also

coordinated with other healthcare staff to make sure that the patients received the holistic care they needed.

2.6 In the evaluation phase, case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline was assessed by the researcher in every step of the process as follows:

- During the home admission phase, the researcher evaluated the patients and their family members to understand their problems and needs for care with their physical, psychological, spiritual, social, and environmental conditions as well as their potential and the care potential of the community taken into consideration.

- During the care map planning phase, the assessment was conducted to determine whether the planned care covered the physical, psychological, spiritual, social, and environmental conditions of the patients and their community or not.

- During the implementation of case management phase, the researcher conducted an evaluation to determine if the patients completely received the care designed in the plan or not, if the patients' conditions improved after the nursing intervention or not, and if there was a lack of any activities that should be implemented to solve the newly discovered problems or not. It is noteworthy that in every step of the case management, case manager carried out an evaluation of the problems of schizophrenia patients and their family every time a home visit was conducted. This is because new problems could always take place, and they would then be analyzed by the multidisciplinary team members who would adjust the care maps and nursing intervention activities accordingly.

- During the follow-up phase, the outcomes of the case management were evaluated by the researcher who acted as the case manager to determine the outcomes of care provided by the multidisciplinary team based on the changes in schizophrenia patients as follows:

2.6.1 The capability of schizophrenia patients was assessed using the efficiency of psychiatric patient assessment scale developed by Somporn Jungrungruangkit et al. (B.E. 2546) which was also used when the patients first returned home (see Appendix B).

2.6.2 The self-care efficacy of schizophrenia patients was assessed in terms of self-care efficacy to perform activities of daily living activities and to participate in social activities (see Appendix B).

2.6.3 Hospital readmissions were assessed based on the number of times the patients had relapses and had to be re-hospitalized at a psychiatric hospital during the period of 12-week home care.

2.6.4 Schizophrenia patients' satisfaction with case management was assessed by interviewing the patients and their family members as well as observing the patients and their family members on the day the case management was completed.

3. Data analysis

In this study, the data collected from the study sample were analyzed to determine the feasibility of the implementation of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline could be divided into the following two categories:

3.1 The quantitative data including data regarding demographic characteristics of the patients, patients' capability, self-care behaviors, and hospital readmissions were analyzed by means of descriptive statistics of frequency and mean.

3.2 The qualitative data including interview and observation data regarding satisfaction with case management obtained from schizophrenia patients and their family members or caregivers as well as data regarding changes in schizophrenia patients resulting from home care were analyzed by means of content analysis.

Research Findings

The presentation of findings regarding the effectiveness of case management in this study includes demographic characteristics of schizophrenia patients, their self-care efficacy, hospital readmissions, and satisfaction with case management of schizophrenia patients and their family members and caregivers.

Demographic characteristics: Of the five schizophrenia patients who participated in the study, four were female and one was male. Their age ranged from 31 to 47 years, with the mean age of 39 years. All of them were Buddhists, and most of them were married. All of them experienced the onset of schizophrenia when they

were between 17 and 22 years old, and their duration of illness was rather long. That is, two had been stricken with schizophrenia for ten to 11 years, while the other three had lived with schizophrenia for 20-25 years. As regards history of drug and substance abuse, the findings showed that three out of five patients used to be addicts. In addition, three of the five patients had a family member with the history of psychiatric illnesses. Finally, in the previous year before the study was conducted, all five schizophrenia patients were hospitalized due to relapses.

Capability of schizophrenia patients: After implementation of case management, it was found that three patients whose original condition was in Level 1 had improved condition, and they were then categorized under Level 2. However, some psychiatric symptoms remained such as talking to oneself, laughing to oneself, and delusion. Moreover, one patient improved from Level 2 to Level 3, one patient who was originally in Level 3 became able to return to work and earn a living for the family after receiving case management. One obvious change in these five patients was disappearance of irritability, inability to control emotions, and unfriendliness after the implementation of case management.

Self-care efficacy: The mean scores of self-care efficacy to perform daily living activities and to participate in social activities of all five patients increased after the implementation of case management.

Hospital readmissions: During the 12 weeks of data collection, none of the five schizophrenia patients was readmitted into the hospital due to relapses.

Satisfaction with case management of schizophrenia patients and family members or caregivers: The findings from the interviews of schizophrenia patients and their family members or caregivers revealed that both the patients themselves and their family members were very satisfied that a nurse came to provide care to them at home. This is because they had a chance to receive knowledge, advice, and assistance that directly served their needs and solved their problems. Furthermore, family members had a chance to ask questions to clarify their doubts about psychiatric home care for schizophrenia patients, so they were more confident to perform the caregiving duties. As a result, the patients had some positive changes and became able to live with their family normally.

The Lessons Learned in this Study

In the present study, the lessons learned from problems and obstacles that took place during the implementation of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline are as follows:

1. Adjustment of the work of the multidisciplinary team

In reality, the plan for care of schizophrenia patients needs to be devised by the multidisciplinary team composed of psychiatrists, psychologists, social workers, pharmacists, occupational therapists, and psychiatric nurses. However, in this study, the multidisciplinary team of Baan Na Hospital consists of general physicians, psychosocial therapy nurses, pharmacists, community practice nurses, health assurance nurses, nutritionists, and physical therapists, who do not have expertise and experienced in providing care to schizophrenia patients like the researcher who is a psychiatric nurse directly responsible for providing care to schizophrenia patients. Therefore, the researcher applied the care plan developed by Jalee Charoensan et al. (B.E. 2548) as a guideline in the present study. In this care plan, the activities of the multidisciplinary team members are specified. However, when the care plan was implemented, some members of the multidisciplinary team may not have been able to attend the meeting. As a result, when there were problems that required involvement of specialists in the multidisciplinary team, the researcher as the case manager would have to directly ask for advice from the specialists.

2. Adjustment of the home visiting plans

During each of the home visits, the researcher would adjust the care plan to suit the readiness of schizophrenia patients and their family members or caregivers by making an agreement about the dates and times that best suited the patients and their family members' or caregivers' schedules. Sometimes the researcher paid a visit to schizophrenia patients and their families outside the official working hours. In the future, when the case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline is implemented, the visiting plans should be adjusted depending on the specific contexts of and agreements with individual patients and their family. Flexibility in the visiting processes and the timelines should also be emphasized. For example, in case of an emergency, schizophrenia patients and their family should be able to contact the case manager 24 hours a day.

3. Adjustment of a psychiatric home care clinical nursing practice guideline

In this study, the case management for schizophrenia was implemented based on a psychiatric home care clinical nursing practice guideline developed by Jalee Charoensan et al. (B.E. 2548). However, during the implementation, it was found that some schizophrenia patients required the types of care that were not included in the guideline. Therefore, the guideline needed to be adjusted, and some nursing care activities were added into the guideline as follows:

- In schizophrenia patients with substance abuse, the matrix program, which was a psychosocial therapy program for drug addicts, was utilized together with alternative medicines to help patients solve problems with substance abuse.
- As for schizophrenia patients with depression and suicidal thoughts, activities were added into the mental strength promotion program to increase their sense of self-esteem and reduce their depressive symptoms.
- Self-help group activities for family members or caregivers of schizophrenia patients were added. Family members or caregivers of five study subjects, as well as family members or caregivers of other schizophrenia patients who did not participate in the study, totaling 30 caregivers, participated in the group activities with an aim to give them opportunity to exchange experiences in caregiving and to give offer one another spiritual support and encouragement.
- As the clinical nursing practice guideline did not clearly specify the activities to promote community participation in care, the researcher developed a program to encourage community participation. The researcher, public health officials, and community practice nurses conducted a meeting to write a proposal asking for funding from the Tambon Administration Organization to promote community participation in providing care to schizophrenia patients. The training was then conducted with two batches of participants. The first training session was the training to disseminate knowledge on home care for schizophrenia patients participated by schizophrenia patients and their family members or caregivers, while the second training session was the training to promote potential of community network leaders including public health volunteers, Tambon Administration Organization officials, and housewives. The contents of the second training involved

knowledge and treatment of schizophrenia, searching and screening of schizophrenia patients in the community, referral systems of schizophrenia patients to public health centers or community hospitals, and home visits of schizophrenia patients. After the training, the leaders searched, screened, and sent more schizophrenia patients to seek treatment at the hospital. In addition, the community members had more understanding, sympathy, and assistance for schizophrenia patients and their families. Schizophrenia patients were no longer teased or persuaded to drink alcohols or use drugs as they were before. On the contrary, they were now accepted and given opportunity to take part in the activities of the community more than before as well.

Limitations of the Study

It is worth noting that the duration of the study was too short. In fact, the care provided to schizophrenia patients, especially those with complicated problems, needs to last longer than 12 weeks. Also, some of the activities take time before changes can be detected such as activities to promote community participation in care of schizophrenia patients.

Feasibility of implementation of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline

According to the study findings, it is feasible to implement case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline. This is because Baan Na Hospital has devised this as the Seventh Strategic Plan to “develop the healthcare services provision system with participation from the networks to promote community potential” (Baan Na Hospital, B.E. 2552). Problems have been identified, and opportunity for further development has been explored through the SWOT analysis. Furthermore, the incidence of clinical risks has been investigated, and risk management has been conducted, resulting in the Patient Care Team of Baan Na Hospital. In addition to this, the case management has already been in use at Baan Na Hospital with patients with diabetes mellitus. However, the case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline has only recently been implemented. Thus, the findings of the

present study have yielded more understanding on how to increase the efficiency and effectiveness in implementing the case management with schizophrenia patients.

Recommendations

Based on the findings of this study, the following recommendations for nursing practices, nursing research, and nursing administration can be made:

For nursing practices

The case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline is a care process which is in congruence with the nursing processes. It involves the cooperation of the multidisciplinary team, with psychiatric nurses acting as the case managers who can effectively carry out the duties and responsibilities of the case managers. Moreover, psychiatric nurses are able to act as clinical experts who provide direct care to schizophrenia patients as they have knowledge, skills, and expertise in caring for psychiatric patients, and they have understanding of the lifestyles and specific contexts of patients, their family, and their community. Also, psychiatric nurses are able to work in a team, acting as a coordinator to ensure that schizophrenia patients and their family receive the assistance they need. Besides this, case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline is a form of nursing care that can be utilized by psychiatric nurses, and professional nurses can act as case managers. In such cases, nurses (managers) should equip themselves with knowledge, capability, and skills to provide care to both the patients and their family. Nurses should continuously have professional development, carry out evidence-based practice, and learn to make decisions to solve immediate problems of schizophrenia patients under their care.

For nursing research

The findings of the present study can be used as a guideline for further research on case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline as follows:

- Research should be conducted to determine the effectiveness of case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing

practice guideline in terms of cost-effectiveness when compared to other forms of care provided to schizophrenia patients.

- Research should be carried out to further develop case management following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline for schizophrenia patients with other co-morbidities such as schizophrenia with substance abuse, schizophrenia with depression, etc.

- Research should also be done to determine the effectiveness of other programs that promote family and community participation in care of schizophrenia patients.

For nursing administration

As case management for schizophrenia following a psychiatric home care clinical nursing practice guideline requires the collaboration of the multidisciplinary team in devising a continuous care plan for schizophrenia patients, but Baan Na Hospital is a physical hospital with no specialists in mental healthcare and psychiatric care, the researcher who is a psychiatric nurse has to find ways to develop personnel in the multidisciplinary team to increase their efficiency. For instance, a training program to disseminate knowledge on schizophrenia should be organized, and nurses working at a community hospital, health stations, and PCUs should undergo training to equip them with knowledge on home care of schizophrenia patients. Finally, a hospital guideline on treatment and care of schizophrenia patients should be developed, and the ICD-10 manual for physicians on duty should be made available for ease of examination, diagnosis, and treatment.

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). นนทบุรี: สยามอินเลิฟท์มาเก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). โปรแกรมแมตริกซ์การบำบัดผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก คู่มือกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการติดยาซ้ำ กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมสุขภาพจิต. (2551). พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. นนทบุรี: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). สรุปผลการสำรวจทรัพยากรด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย ปี 2550. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุข)
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยาณี โนอินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณา ปลื้มสติ. (2547). การรับรู้สิทธิของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. (2542). คู่มือปฏิบัติงานวิชาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุราษฎร์ธานี.
- คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. (2546). การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2550). (ร่าง) แผนแม่บทการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต (ปีงบประมาณ 2550-2554). กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.

จลิ เจริญสรรพ. (2542). การดำเนินงานโครงการพยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (*Psychiatric home care*), จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

จลิ เจริญสรรพ. (2544). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2540-2544 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จลิ เจริญสรรพ. (2546). ความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จลิ เจริญสรรพ. (2547). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับพยาบาลในชุมชน. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. จังหวัดสุราษฎร์ธานี.

จลิ เจริญสรรพ. พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกสยพันธ์ พรประไพ แกกคำ และพรทิพย์ โพธิ์ประเสริฐ. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จินตนา ยูนิพันธ์ จันทนา ศรีวิศาล นพรัตน์ ไชยธานี จลิ เจริญสรรพ นิรมล โกสยพันธ์ พรทิพย์ โพธิ์ประเสริฐ. (2547). จิตเวชชุมชน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547 วันที่ 25 - 27 สิงหาคม 2547.

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทรา ธีระสมบุรณ์. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณธร.

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ (2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). *สัมพันธภาพบำบัด: การบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* ในยาใจ สิทธิมงคล (บรรณาธิการ) บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 6 การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: ศิริโชคการพิมพ์.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). *การประเมินผลสัมฤทธิ์การจัดการดูแลในการประชุมวิชาการและเผยแพร่การวิจัยในวาระครบรอบ 30 ปี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ* ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 8).* นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชรัช พรอานวยลาภ. (2547). *การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด* อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3) กันยายน 2547 หน้า 169.
- ดารณี คงชาติ ภิญา หมั่นศรี สุวริน มิตรพัฒน์ บำเพ็ญ สุขสีเสน ผกาพรรณ โพชากร ทวีสา เครือแพ และคณะ. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กรณีศึกษา: คลสอ. บ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11 สุราษฎร์ธานี.*
- ดารา ศัตร์ถ์ ดวงตา กุลรัตนญาณและสมสกุล สุภัทรพันธุ์. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มี* ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- ครุณี กษพรม. (2543). *ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). *กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับ* ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นวิยา ภิรมย์. (2541). บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร.
- นันทนา ทองด้วง. (2547). ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการบริการการดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงนุช แทนบุญไพรรัตน์ สุดคะนิง ปลั่งพงษ์พันธ์ และอาจิณ พรหมแก้ว. (2547). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. ใน การประชุมวิชาการประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา ครั้งที่ 1/ 2547. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2552 จาก [Http://www.jvkk.go.th/research/details.asp?code=0101318](http://www.jvkk.go.th/research/details.asp?code=0101318)
- นวพร ตรีโอรฐ์. (2544). การศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานจิตเวชเชิงรุกในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นระหว่างรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน และรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี. ใน การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 วันที่ 5-7 กันยายน 2544 เรื่องความสุขที่พอเพียง. (น.68)
- บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. (2547). ผลการบำบัดรักษาผู้ไข้ยาเสพติดในรูปแบบจิตสังคมบำบัดของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3, 25-27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ หน้า 367-368.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). ผลลัพธ์การดำเนินงานการบริการสุขภาพจิตที่บ้านในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตที่บ้าน, 1(2), 31-47.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550). คู่มือจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพัฒนาสุขภาพจิต: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ปิ่นนธร ชัชรรัตน์. (2545). การพัฒนารายวิชาการพยาบาลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชามัธยมศึกษา คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และคณะ. (2544). ผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. ใน : การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. ครั้งที่ 4. (น.139-140). วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 โรงแรมปรีณชพาเลซ. กรุงเทพมหานคร.

- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์ นภวัลย์ กัมพลาศิริ ยาใจ สัทธิมงคลและถวิล นภาพงส์สุริยา. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 13, 45-54.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2539). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัด กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2539-2549). *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ จลี เจริญสรรพ นพรัตน์ ไชยธานี นิรมล โกสียพันธ์ พรประไพ แกกเต้า และพรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. (2547). ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). โรคจิตเภท (Schizophrenia). ในพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ), *การทบทวนองค์ความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพ.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 1-9.
- เพลินพิศ วิทยทัศน์. (2542). *การดูแลสุขภาพที่บ้าน*. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2534). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (เล่มที่ 3). เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย วัชนี หัตถพนม สุวดี ศรีวิเศษ เอกอุมา วิเชียรทอง และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องโครงการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. *โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*.
- พันศักดิ์ วราอัสวปดิ. (2536). การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. *Development Of Home Care Program For Psychiatric Patient. วารสารกรมสุขภาพจิต*. 4(1), 37-46.
- พันศักดิ์ วราอัสวปดิ. (2540). *การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่บ้าน*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.อุบลราชธานี.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). *การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- มานิช หล่อตระกูล. (2547). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิต ศรีสุรณานนท์ และจำลอง ดิษยวณิชย์. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์การพิมพ์.
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลินี ภูวนันท์ ผลดี แก้วสม รัตนารณ์ สุขมี สุวัฒน์ ขุฑทะกะพันธ์ และนิยม จันทรแนม. (2538). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้มารับบริการ คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลหาดใหญ่*. ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข.
- มาเรียม อัสอารีย์. (2545). *การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กาย-จิต-สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก*. สุขภาพจิตกับยาเสพติด. ใน : *ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8*. (หน้า 40). ประจำปี 2545
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). *ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานวิจัย*. วารสารพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). *แนวคิดการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14, 43-52.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). *ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-9.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. (2538). *ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. (2543). *การนำระบบ Case Management ไปใช้*. ใน เรวดี ศิรินคร, ยุวดี เกตุสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนา และสุวิภา นิตยางกูร. *Case management*. นนทบุรี: J. S. การพิมพ์.

- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนิ ศิริหิรัญ. (2544). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คุณภาพงานวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). *Case management*. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- รุจิรา จงสกุล สิวลี เปาโรหิตย์ วรรณา แห้วดี เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หัตถพนม. (2539). รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางจิตที่บ้าน. ใน: คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. คู่มือการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. จังหวัดสุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). *Case Management*. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ 2nd national forum on Hospital Accreditation. วันที่ 23 - 25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควินสปาร์ก กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลบ้านนา. (2550). สรุปผลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตและบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด ปีงบประมาณ 2548-2550. งานจิต-สังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล: โรงพยาบาล บ้านนา จังหวัดนครนายก.
- ลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์. (2546). การประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบ Case management. ใน : การประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด ครั้งที่ 2 (น.214) นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- วราภรณ์ มาร์กษา. (2548). ศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลรัตน์ คุ่มประยูร และวันเพ็ญ เชาว์เชิง. (2541). *โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับญาติ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่กำลังรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พ.ศ. 2541*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สมจิต แคนสีแก้ว และวิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์. (2547). *การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แหวดว วงศ์สุรประกิจ พิมพาภรณ์ แก้วมาและเครือวัลย์ แห่งชาติ. (2549). *การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกกล่าวถึง : กรณีศึกษา*. ใน : การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 5 เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2552 จาก <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=2441>
- วัฒนะ พันธุ์ม่วง. (2549). *การใช้แพทย์ทางเลือกในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.
- ศิริเนตร สุขดี. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี*. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2538). *คืนผู้มีปัญหาทางจิตให้ชุมชน: พุดง่ายทำยากจริงหรือ*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 15(3), 11-19.
- ศิริศักดิ์ ธิติฉัตรรัตน์ วิทยา วันเพ็ญ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ จันทรเพ็ญ อัครสถิตานนท์และศูนย์สารสนเทศ. (2551). *แบบรายงานผู้ป่วยใน (รับไว้รักษา) จำแนกตามโรค เพศ อายุ (รวมทุกหน่วยงาน)*. กองแผนงาน. กรมสุขภาพจิต.
- สารินี โต๊ะทอง และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20(1), 47-59.

- สถิต วงศ์สุรประภิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.โน : สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง; ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). *Case management*. นนทบุรี: J.S.
- สันติชัย จำจิตรจั่น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์. (2008). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 16(3), 166-175.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). การนำ Case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชในชุมชน. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 “ความสุขที่พอเพียง”* วันที่ 5-7 กันยายน 2544. หน้า 83. กรมสุขภาพจิต.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การนำหลักการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 17(1), 13-24.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ดารุณี จงอุดมการณ์ กฤตยา แสงเจริญ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสีแก้ว. (2546). *ประสบการณ์ชีวิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านและสถานการณ์ของชุมชน*. ขอนแก่น: คลังนา.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤตยา แสงเจริญ ปราณีพร บุญเรือง สมจิต แคนสีแก้ว และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. (2532). *คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สมสนุก พระอมาตย์ เทพนมิตร บางแสง และสิรินาฏ มั่นคง. (2542). *ประเมินผลโครงการพัฒนาการให้บริการผู้มีปัญหาทางจิตเวชโดยเครือข่ายระบบส่งต่องานสุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- สวนสราญรมย์, โรงพยาบาล. (2543). *การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สุคนธา รัตน์. (2543). การปฏิบัติกิจกรรมบริการสุขภาพที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุนันทา ศรีสาคร. (2550). ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 12 (1), 12.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, และฤทัยพร ตรีตรง. (2544). การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Service). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมิตรา ฤทธิสุนทร. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัตน์ จรบุรุษย์. (2545). ผลการดำเนินงานการให้บริการทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดยาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. ใน : ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด. ครั้งที่ 8. (หน้า 40). ประจำปี 2545.
- สุวิมล สมิตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2549). รายงานการศึกษาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร และระบบการแพทย์แผนไทยในการบำบัดรักษาเสพติด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2541). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13 (2), 32-44.

- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2542, กรกฎาคม). กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (*Psychiatric home care*), จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อรสา สิงหังศ์. (2547). การให้คำปรึกษาร่วมกับโปรแกรม กาย จิต สังคมบำบัดต่อการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต, การศึกษาตามหลักสูตรสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เอนก สุภรินท์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ปี 2547. บทความย่อ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 15(1) 1.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- อนงค์นุช ศาโศรก. (2551). บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ (เล่มที่6). การพยาบาลจิตเวช. ใน ยาใจ สิทธิมงคล (บรรณาธิการ), การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีส่วนร่วมในการรับประทานยาตามแผนการรักษา กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- อัครเดช กลิ่นปิณฑย์. (2550). การนำแนวทางการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในหอผู้ป่วยจิตเวช. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญญะ ไพบุลย์. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC.

- Andolinia, K.M. (1997). Case management for advanced practice psychiatric nursing. *Advanced Psychiatric Nursing*. The United State of America.
- Bigelow, D.A., & Young, D.J. (1991). Effectiveness of a case management program. *Community Mental Health Journal*, 27, 115-123.
- Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., & van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in crisis-oriented and long-term psychiatric home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(1), 41-48.
- Bowers, L. (1997). Monitoring the outcome of case management and community care: The case programme approach support system (CPASS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 37-44.
- Bower, K.A. (1992). *Case management by nurses*. Washington: American nurses.
- Browne, G. (2004). Home life helps in schizophrenia. *Australian Nursing Journal*, 2(3), 33.
- Bruce, M.L. (2002). Mental health services in home care : opportunities and challenges. *Spring*, 78-82.
- Buckwalter, K.C. (1991). Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M.D. Thomas (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing : Application of the Nursing Process*. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Caverly, S., & Mejo, S. (1998). Psychiatric mental health nursing in community settings. In E.M. Varcarolis (Ed.), *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed.) (pp.221-242). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Chan, S.C.W., & Wong, K.F. (1999). The use of critical pathways in caring for schizophrenia patients in a mental hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(3), 145-153.
- Cohen, L.E. and cesta, T.G. (1993). Nursing case management: Form concept to evaluation. Missouri: Mosby-year book.
- Cohen, L.E. (1996). *Nurse case management in 21 century*. St. Louis: Mosby. Company.
- Cohen, L.E., & Cesta, T.G. (2001). Nursing case management: From essentials to advanced Practice applications. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Cunningham, P.A. (2007). The role of the psychiatric nurse in home care. *Home Healthcare Nurse*, 25(10), 645-652.

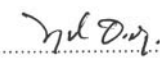
- Dogan, S., Dogan, O., Tel, H., Coker, F., Polatoz, O., & Dogan, F.B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Winter*, 27(3), 279-282.
- Finkelman, A.W. (2000). Psychiatric rehabilitation: a framework for psychiatric home care. *Home Care Provid.* 5(2). 68-73.
- Forbes, M.A. (1999). The Practice of professional nurse case management. *Nursing Case Management*, 4(1), 28-33.
- Freed, P. E. (2001). The mental health patient. In R. Rice(Ed.). *Home Care Nursing Practice Concepts & Application*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Fulford, M. & Farhall, J. (2001). Hospital versus home care for the acutely mentally ill Preferences of caregivers who have experienced both forms of service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 619-625.
- Gillam, T. (2006). Positive approaches to schizophrenia. *Mental Health Practice*, 10(4), 30-33.
- Grainne, F. (1998). Family intervention in psychosis. *Journal of Mental Health*, 7(2), 115-118.
- Grech, E. (2002). case management: A critical analysis of literature. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 6, 89-98.
- Guttman, R. (1999). case management of the frail elderly in the community. *Clinical Nurse Specialist*, 13(4), 174-181.
- Harris, M.D. (1997). *Handbook of Home Health Care Administration*. (2nd ed.) Gaitherburg, MD: Aspen.
- Hackman, J. A., & Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Philippines: Addison-Wesley.
- Hellwig, K. (1997). Home care. In N.K. Worley (Ed.), *Mental Health Nursing in the Community*. St. Louis: Mosby.
- Humphrey, C. J. & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to Home Care Nursing*. Gaitherburg, MD: Aspen.
- Joy, C.B., Adams, C.E. and Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Library*, (1).
- Kampman, O., Illi, A., Poutanen, P. & Leinonen, E. (2003). Four-year outcome in non-compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. *European Psychiatry*, 18, 1-5.

- Kaplan, H. I, & Sandock, B. J.(1996). Pocker Handbook of Clinical Psychiatry.
- Kaplan, H. I, & Sandock, B. J.(2000).*Kaplan and Sandock s synopsis of psychiatry: behavioural sciences and clinical psychiatry*(8th ed).Baltimore: Williams & wilkins.
- Keating, S.B., & Kelman, G.B. (1988). *Home Health Care Nursing: Concepts and Practice*. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Klebanoff, N.A. (1997). Psychosocial home care. In B.S. Johnson (Ed.), *Psychiatric-Mental Health Nursing Adaptation and Growth* (4th ed.) (pp.891-909). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Lin, C.L., Yin, J.C., Kuo, I.T., Chang, W.Y., & Tsai, S.L. (2001). A comparison of effectiveness and cost between two models of care for individuals with schizophrenia living in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), 272-278.
- Lisa, M. (1992). Community nurse case management: Evolving over time to meet new demands. *Community Nurse Case management*, 12-29.
- Mohit, D. (2000). Psychiatric home care and family therapy : a window of opportunity for the psychiatric clinical nurse specialist. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3), 127-133.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*, 304, 749-754.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., & Rosenheck, R. A. et al. (2001). Moving Assertive Community Treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.
- Polit, D.F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research Principles and Methods*. (5th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Quinlan, J. & Ohlund, G. (1995). Psychiatric home care: an introduction. *Home Healthcare Nurse*, 13(4), 20-24.
- Sadock, B. J. & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. (9th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Smith, N.M., & Klebanoff, N. (1998). In-home behavioral health care model. In F. Boruch (Ed.). *Behavioral Health Services and Delivery : Models and Methods*. (pp.275-284). Tampa, Florida: Hillsboro Printing.
- Strasser, J.A., McDonald, M. & Spangler, B.N. (1996). Community Mental Health and home care. In K.M. Fortinash & P.A. Holoday-Worret (Eds.). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (pp.711-726). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W. & Greco, B.G. (2001). Home psychiatric nursing care. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia (Eds.). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th ed.). (pp.744-753). St. Louis: Mosby.
- Townsend, M.C. (2000). *Psychiatric Mental Health Nursing concepts of care*. 3rd Philadelphia : Davis Company.
- Townsend, M.C. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of care in evidence-based practice*. (5th ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Tsai, S.L., Chen, M.B., & Yin, J.C. (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13(3), 165-172.
- Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Alwyn, L., Harrison-Read, P. & Johnson, T. (1998). Randomized controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*, 316, 106-109.
- Waite, A. et al. (1997). Case management: A Week in the life of a clinical case management Team. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 287-294.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10th revision). (volume 1A). Geneva.
- World Health Organization. (n.d.). Retrieved January 25, 2008, from [http://www. WHO.int/topics /schizophrenia/en](http://www.WHO.int/topics/schizophrenia/en).
- Yoder, W. P. S. (1995). Leading and managing in nursing. St Louis: Mosby.



ภาคผนวก ก

	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพระราม 6 กทม. 10400 โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233
	เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	เลขที่ ๒๕๕๑/๑๑๑๐
ชื่อโครงการ	กรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑ - ๕๑ - ๒๓ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางนพภัตสร วิเศษ
ที่ทำงาน	งานจิตสังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา
ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสดชิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	
ลงนาม	
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน	(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)
ลงนาม	
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)
วันที่รับรอง	๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๑



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ กรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
ชื่อผู้วิจัย นางนพภัศสร วิเศษ
สถานที่วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกในความรับผิดชอบของ
หน่วยงาน จิต-สังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะติดต่อกับผู้ดำเนินการศึกษาได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทางหมายเลขโทรศัพท์มือถือ 086-8349939, หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานจิตสังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านนา 0-3738-1832-33 ต่อ 1530 หรือ ติดต่อบ้านเลขที่ 11 หมู่ 8 ตำบลบ้านพรึก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกหมายเลขโทรศัพท์ 0-3739-4013 หากผู้ดำเนินการศึกษาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะติดต่อขอรับคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ประจำโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีดังนี้

1. นายแพทย์ มานะชัย นนทภาษโสภณ ตำแหน่ง นายแพทย์ 4
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่ ว.35532 หมายเลขโทรศัพท์ 081-9153459
2. นายแพทย์ จัตรชัย ธรรมวงศ์สกุล ตำแหน่ง นายแพทย์ 4
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่ ว.36090 หมายเลขโทรศัพท์ 089-9913455
3. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน ประจำที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้
 - 3.1 อ.ดร. ทศนา ทวีคุณ ที่ปรึกษาหลัก
 - 3.2 ผศ.ดร. โสภณ แสงอ่อน ที่ปรึกษาร่วม

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมของตนเอง อาการของโรคเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้นี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม มีโอกาสป่วยซ้ำได้หลายครั้งหลังจากได้รับการรักษาแล้ว ระบบการรักษาในปัจจุบันมีนโยบายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น เพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและให้กลับไปฟื้นฟูที่บ้าน ปัญหาที่พบคือการขาดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการกำเริบป่วยซ้ำสูง เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว จึงมีการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการบริการที่มีการวางแผนของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่จะได้รับการช่วยเหลือให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่ซับซ้อนแต่ละด้าน และความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละราย จนสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ในประเด็นต่อไปนี้ คือ

1) ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการรายกรณีที่มีต่อผู้ป่วย ในด้านสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวช ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และ ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแล

2) ปัจจัยส่งเสริมผลสำเร็จ และปัญหา อุปสรรคของการนำไปใช้รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เกษัชกร แพทย์ เจ้าหน้าที่งานหลักประกันสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพ เพื่อประชุมชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย และร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามกระบวนการกิจกรรมการพยาบาล ผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และความต้องการการดูแล โดยผู้วิจัยทำการพหุทัศย์ผู้เข้าร่วมวิจัย เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติ ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม สัมภาษณ์ ประวัติการเจ็บป่วย ต่างๆ ทั้งอดีตและปัจจุบัน การประเมินครอบครัวและประเมินแบบแผนสุขภาพ การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเวช แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถทางสังคม รวมถึงการให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกับพยาบาลผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจาก

การเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อให้ข้อมูลจนกระทั่งเป็นที่เข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยพร้อมกับให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นดำเนินการให้การดูแลที่บ้านตามขั้นตอน และกระบวนการที่วางไว้ จนแล้วเสร็จในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ยกตัวอย่างเช่น ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัวและชุมชน และลดภาระการดูแลของครอบครัว

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมศึกษา และนำเสนอผลโดยภาพรวมแบบไม่ระบุชื่อแต่ระบุภูมิภาค(จังหวัด ภาค)และอาชีพ

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อ
กับประธานกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ
ชื่อผู้วิจัย
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการ วิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้ทำวิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง

ชื่อโครงการ

ชื่อผู้วิจัย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน

นาย/นาง/นางสาว ในฐานะ ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบัง ซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัย เกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัย นี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะ เกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผล ทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่ อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทนทราบแล้ว อย่างชัดเจนโดยไม่มี สิ่งใด ปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้ทำวิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



โรงพยาบาลบ้านนา
เลขรับ 3592
วันที่ 9 S.A. 2551
เวลา 08.30

ทศ 0517.02 (วท)/ 5498

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านนา (นายแพทย์ สีหราช โลหจิตรานนท์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม, แบบประเมิน จำนวน 1 ชุด และแผนการจัดการผู้ปวยรายกรณีตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน และแนวปฏิบัติการพยาบาล

ด้วย นางนพภัศสร วิเศษ นักศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังอยู่ในระหว่างการทำสารนิพนธ์เรื่อง “กรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยयरกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” อยู่ในความควบคุมของ อาจารย์ ดร. ทศนา ทวีคูณ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติหรือผู้ดูแลหลักที่บ้าน ณ พื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานจิต-สังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนา โดยใช้วิธีเข้าไปสอบถามข้อมูล และลงมือให้การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2551 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล

เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา
เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

การศึกษาค้นคว้า และ วิจัย เพื่อหาความรู้ใหม่
เพื่อใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน และการบริหาร
โรงเรียนให้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นที่การพัฒนาคุณภาพ
ของนักเรียนเป็นสำคัญ

รักษาการ
ผู้อำนวยการ

(รองศาสตราจารย์ ทพญ. อารยา พงษ์หาญยุทธ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

รักษาการแทน รองคณบดีฝ่ายประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร 15 ส.ค. 2551

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่อประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อาจารย์ ดร. ทศนา ทวีคุณ

โทร. 087-075-0797

e-mail: ravv@mahidol.ac.th

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการศึกษา



งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
25/25 ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ศาลายา นครปฐม
โทร. 0-2441-4125 ต่อ 109-111 โทรสาร 0-2441-9834

ที่ ศธ 0517.02 / 8923
วันที่ 29 ธันวาคม 2551
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ 0517.067 / 1160 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2551 นางนพภัสสร วิเศษ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจในการทำสารนิพนธ์ เรื่อง “กรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ” โดยมี อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ ทวีคุณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงร่างสารนิพนธ์ และนักศึกษามีความประสงค์จะขอ อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ของ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, ปราณีพร บุญเรือง, สมจิต แคนสีแก้ว และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ” ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำมาประกอบการทำวิจัยเพื่อการศึกษาค้นคว้าในเรื่องดังกล่าว นั้น

บัดนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ว่ายินดี อนุญาตให้ นางนพภัสสร วิเศษ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง


(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางนพภัสสร วิเศษ



งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
25/25 ถ.พุทธมณฑลสาย 4 ศาลา นครปฐม
โทร. 0-2441-4125 ต่อ 109-111 โทรสาร 0-2441-9834

ที่ ศร 0517.02 / 9993

วันที่ 30 ธันวาคม 2552

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศร 0517.067 / 547 / 1 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2552 ประธานหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แจ้งว่า นางนพภัสสร วิเศษ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความประสงค์
จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ความสามารถทางสังคม ของ นาวาอากาศตรีหญิง
สุวิมล สมิตละ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ” โดยมี รศ.ดร.อรพรรณ ถือนุญธวัชชัย
ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อนำมาประกอบการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว

บัดนี้ บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่าไม่
ขัดข้องอนุญาตให้ นางนพภัสสร วิเศษ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- ใ้ทก
- ใ้ทก
๗๓๓ ๑๓

สำเนาเรียน 1) นางนพภัสสร วิเศษ
2) ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่ประเมิน.....

ครั้งที่ประเมิน.....ผลการประเมินผู้ป่วยอยู่ในระดับที่.....

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ท่านคิดว่าลักษณะอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (สอบถามญาติหรือผู้ดูแล)

1. ความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม

- ☐ 1. มีความหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย
- ☐ 2. ยังมีความหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้ายเป็นครั้งคราว
- ☐ 3. คิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
- ☐ 4. มีความต้องการเข้าสังคม
- ☐ 5. คิดช่วยเหลือผู้อื่นได้

2. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์

- ☐ 1. ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เช่น กลัว ไม่ยินดียินร้าย หรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม
- ☐ 2. ยังมีอารมณ์หงุดหงิดและแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมเป็นครั้งคราว
- ☐ 3. พยายามควบคุมได้บ้าง เช่น รู้จักฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- ☐ 4. ควบคุมอารมณ์ได้
- ☐ 5. แสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

3.
-
-
-
-
-
-
13.

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การดูแลสุขอนามัย					
1.	แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกายได้ดี					
2.	เลือกเสื้อผ้าและแต่งตัวได้เหมาะสม					
3.	ซักเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้					
4.	ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ท้องเสีย					
	การรับประทานอาหาร					
5.	รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง					
6.	รับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
7.	จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานเอง					
8.						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
23	ดูแลตนเองได้ในการป้องกันอาการแพ้ยา					

แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	ความสามารถทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย					
1	ทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว					
2	ทักทาย พูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น					
3	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น					
4	ยอมรับเพื่อน มองคนอื่นในแง่ดี					
5	สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ ตรงกับความต้องการ					
	การควบคุมอารมณ์					
6	เมื่อพบปัญหาสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาคได้					
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
25	แสดงความรักและความสนใจผู้อื่น					

ภาคผนวก ค

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
(Care Map)

ระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....การติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.255.....

ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ระยะที่ 1 แรกเริ่ม ที่บ้าน	1.ผู้ป่วยได้รับการประเมิน สภาพปัญหาทั้งด้าน กาย จิต สังคม ความสามารถ ดูแลตนเองในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	1.ศึกษาข้อมูล ประวัติผู้ป่วย และครอบครัว ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งอดีตและปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ของ ครอบครัว แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย พัฒนาการแต่ละวัย	ผู้จัดการหลัก		
	2.ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการวินิจฉัยปัญหา และความต้องการดูแล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	2.ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางสังคม	ผู้จัดการหลัก		
	3.ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการวินิจฉัยปัญหา และความต้องการดูแล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	3.สำรวจและประเมินปัญหา ความต้องการ ครอบคลุมแบบองค์รวม(ด้าน จิต สังคม) ของผู้ป่วย และญาติ รวมทั้งศักยภาพของครอบครัว	ผู้จัดการหลัก		
	3.ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันวางแผนการดูแล ที่บ้าน และได้รับการเตรียม ความพร้อมในการดูแล	4.ประเมินภาวะแทรกซ้อน หรือโรคร่วม ของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า ใช้สารเสพติด มี ความคิดฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้	ผู้จัดการหลัก		
		5.ประชุม ทีมวิชาชีพ เพื่อสรุป วิจัยปัญหา ของผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้จัดการหลัก		
		6.วางแผนดูแลช่วยเหลือ โดยทีมมีส่วนร่วมของญาติ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจิตเวช ครอบครัว และบริการสุขภาพชุมชน เกษัช นกโกษนกร นัก กายภาพบำบัด งานประกันสุขภาพ	ผู้จัดการหลัก		
		7. ใช้ข้อมูลญาติที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสถานบริการ แหล่งช่วยเหลือ กรณีมีการ เจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง	ผู้จัดการหลัก		
		8. จัดเตรียมเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นทางจิตเวชในการดูแลที่บ้านให้พร้อม	เภสัชกร		

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Care Map)

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....การติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.255.....

ระยะที่ 2 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ที่ 1-4

ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 1-4	1. ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการบำบัดรักษาและช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ให้อีกกำลังใจ บอกรับรู้และเข้าใจ และประโยชน์จากการดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี	ผู้จัดการหลัก		
	2. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายและไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น	2. ประเมินจิตสังคม หาปัญหา หรือปัจจัยของปัญหา การเจ็บป่วย	ผู้จัดการหลัก		
	3. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	3. ประเมินการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา ได้เอง การช่วยเหลืองานบ้าน และทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษา	เภสัชกร ผู้จัดการหลัก		
	4. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองและผู้อื่น	4. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง เช่น ความคิดทำร้ายตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น	ผู้จัดการหลัก		
	5. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ และพึงพอใจต่อการดูแลตนเอง	5. ประเมินแบบแผนสุขภาพ เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และให้คำแนะนำช่วยเหลือหากพบปัญหา	ผู้จัดการหลัก		
	6. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ	6. ค้นหาศักยภาพของผู้ป่วย และญาติ และแหล่งสนับสนุนในชุมชน เกี่ยวกับปัญหา หรือประสานงานในการช่วยเหลือ	ผู้จัดการหลัก		
	7. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองและผู้อื่น	7. วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับญาติ หรือผู้ดูแล ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้จัดการหลัก		
	8. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ และพึงพอใจต่อการดูแลตนเอง	8. ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมวิชาชีพ	ผู้จัดการหลัก		
	9. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ และพึงพอใจต่อการดูแลตนเอง	9. ดำเนินการดูแล ช่วยเหลือ โดยทีมสหวิชาชีพ	ผู้จัดการหลัก		
	10. ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ และพึงพอใจต่อการดูแลตนเอง	10. สรุปผล และบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว	ผู้จัดการหลัก		

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Care Map)

ระยะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ที่ 5-8

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....การติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....ปี.ศ.255.....

ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-8	1.ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลง และมีการรับรู้ที่ถูกต้อง	1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร	ผู้จัดการหลัก		
	2.ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ได้	2.ประเมินการเปลี่ยนแปลง และประเมินผลการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการค้นหาปัญหาใหม่ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระหว่างการดูแล	ผู้จัดการหลัก		
	3.ผู้ป่วยสามารถดูแลอาการ เจ็บป่วยของตนเองได้ และ ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น	3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง สังเกตอาการข้างเคียงจากยาได้ และขอความช่วยเหลือจากญาติเมื่อต้องการ	ผู้จัดการหลัก		
		4.ให้การปรึกษาและการเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วย โดยการฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในครอบครัวและชุมชน	ผู้จัดการหลัก		
		5.ให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การเรียนรู้การจัดการกับอาการและการแสดงของอารมณ์ผู้ป่วยทางจิต	ผู้จัดการหลัก		
		6.ประเมินความรุนแรงตามสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น ความคิดที่ร้ายตนเอง และผู้อื่น พฤติกรรมรุนแรงที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้อื่น	ผู้จัดการหลัก		
		7.ฝึกทักษะ ให้ร่วมรับผิดชอบที่บ้าน และประกอบอาชีพตามความถนัด และให้คำปรึกษาปัญหา ที่เกิดจากการทำงาน และช่วยเหลือแก้ไข			

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Care Map)

ระยะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัปดาห์ที่ 5-8

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....การติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2555....

ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-8		8. ศึกษาทักษะการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหา	ผู้จัดการหลัก		
		9. ศึกษาทักษะการดำรงชีวิตในชุมชน ทักษะการสื่อสาร การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	ผู้จัดการหลัก		
		10. ส่งเสริมญาติในการฝึกทักษะด้านสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น ไปซื้อของที่ร้านค้า ไปทำบุญที่วัด หรือร่วมงานในหมู่บ้าน	ผู้จัดการหลัก		
		11. ช่วยดูแล ประสานงาน ในทีมสหวิชาชีพ หรือองค์กรภายนอกเข้ามา ร่วมกันช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยในชุมชน	ผู้จัดการหลัก		
		12. ประชุมทีมวิชาชีพ และเครือข่ายสาธารณสุข ทุกสัปดาห์	ผู้จัดการหลัก		
		13. บันทึกการเยี่ยม และผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	ผู้จัดการหลัก ทีมสหวิชาชีพ		

แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Care Map)

ระยะที่ 4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 9 - 12

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....วันที่รับไว้ในความดูแล.....การติดตามเยี่ยมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2555.....

ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ระยะที่ 4 สัปดาห์ที่ 9-12	1.ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และมีการรับรู้ที่ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถบอกถึงแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่จะ ช่วยเหลือและสนับสนุนได้ 3.ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต อยู่ร่วมกับครอบครัวและ ชุมชน ได้อย่างมีความสุข 4.พบทานแผนการรักษา และประเมินผลการดูแล	1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจสนับสนุนให้ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 2.ประเมินด้าน จิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อหาการเปลี่ยนแปลง 3.ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับ 4.พบทานความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย และญาติ 5.ประสานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตามความจำเป็น เช่น ผู้นำชุมชน สถานที่ฝึกอาชีพ สถานสงเคราะห์และอื่นๆ 6.ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง 7.ให้ ข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับความสำคัญของการ ไปตรวจ รักษาอย่างต่อเนื่อง 8.สร้างเครือข่ายแกนนำชุมชน เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง 9.ประชุมทีมสหวิชาชีพ สรุป และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก ผู้จัดการหลัก		

ภาคผนวก ง

แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การประเมิน	การจัดการกระทำ	ผลลัพธ์
ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถทางสังคม โดยมีพฤติกรรมจะจำวันและพฤติกรรมกิจวัตรประจำวันและให้การช่วยเหลือ	- ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ความรู้คำแนะนำเรื่องความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีกิจกรรมที่เหมาะสม - ให้สภาพจิตใจที่ดีเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและงานที่ได้รับมอบหมาย - ให้ความรู้แก่ญาติหรือโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมด้านอารมณ์ และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ เช่นอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำงานที่ได้รับมอบหมายโดยไม่ต้องมีญาติคอยกระตุ้นหรือให้การช่วยเหลือ และนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมงต่อคืน
ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องโรค อาการ และการรักษา	- ให้ความรู้และให้คำแนะนำเรื่องอาการของโรค สาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอาการกำเริบ - แจ้งคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พร้อมกับแนะนำการใช้ยา	ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค อาการแต่ละระยะ สาเหตุที่อาจทำให้โรคกำเริบ และการรักษาพยาบาล โดยบอกได้ถึงชื่อโรค อาการ และการรักษา
ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เหม่กึ่งยา คือ ไม่ยอมรับประทานยาและหยุดยาเอง	- ประเมินและสอบถามสาเหตุ เพื่อค้นหาเหตุผลในการไม่รับประทานยา - สังเกตอาการข้างเคียงของยาและแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการข้างเคียงของยา - ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและโทษของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง - กระตุ้นญาติให้ควบคุม และติดตามดูแล อย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยรับประทานยา - สร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วย ให้เห็นความสำคัญในการรับประทานยา - แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานที่หมายและโทรที่ปรึกษาที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรง - แจ้งญาติเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยสังเกตจากจำนวนเม็ดยาที่เหลือ - ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด อย่างสม่ำเสมอ

การประเมิน	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง หดหู่ ท้อแท้ ถิ่นหวังบ่อน้ำ ร้องไห้ง่าย คิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตัวเอง	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง - ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต - พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง - สอนทักษะการคิดในแง่บวกและขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกท้อแท้ - สอนทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้าและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม - แนะนำญาติให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสุขอนามัยดี โดยเฉพาะด้านความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัวที่เหมาะสม การออกกำลังกายและการพักผ่อนรวมทั้งการรับประทานอาหาร - แนะนำญาติเรื่องการหมั่นสังเกตการซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น - แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง - แนะนำญาติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและสังเกตความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและการเฝ้าระวังดูแลไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น	- ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง - ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ไม่แยกตน และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวลกับการเจ็บป่วยหรือกังวลกับเรื่องราวที่มาระทบได้ง่าย	- ให้ความรู้ และฝึกฝนทักษะการจัดการกับความเครียด - ให้ความรู้แก่ญาติให้มีความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยอันจะไม่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย - แนะนำเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว	- ผู้ป่วยสามารถจัดการและผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

การประเมิน	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
• เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วย	- ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ - ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการป่วยซ้ำ - ควบคุมและติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย - ให้ข้อมูลและข้อสังเกตก่อนที่จะมีอาการป่วยทางจิตซ้ำ - ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น	- ผู้ป่วยไม่มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ดูแล
• ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการขอรับบริการจากหน่วยงานด้านสุขภาพ	- อธิบายให้ข้อมูลการบริการของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีในชุมชนองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ขั้นตอนการรับบริการในหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน และในโรงพยาบาลจิตเวช	- มีความรู้และเข้าใจในการขอรับบริการด้านสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หรือหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน
• ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	- ติดตามและประเมินการไปพบแพทย์ตามนัด - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด - ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการไปพบแพทย์ตามนัดและให้การช่วยเหลือ	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง
• ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลรักษา	- ประเมินความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษา - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา - ขอมรสันทิพธิส่วนบุคคลในเรื่องความเชื่อ/ ความศรัทธา - ใช้ทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านสังคม จิตใจแก่ญาติและผู้ป่วย - ให้ข้อมูลและส่งเสริมเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาผู้ป่วยร่วมกัน	- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรค สาเหตุของโรค อาการและการรักษาที่ถูกต้อง - ผู้ป่วยและ ญาติญาติ ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการรักษาพยาบาลร่วมกับกรมการพยาบาลแผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม

การประเมิน	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
• ญาติมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	- ประเมินความเครียด และแนะนำการผ่อนคลายความเครียดให้กับญาติ - ให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลตนเองแบบองค์รวม - ฝึกทักษะและจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม - ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้คำปรึกษาแก่ญาติเพื่อให้ญาติได้ระบายความคิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ญาติปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้ตามต้องการ	- ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และมีวิธีการดูแลจัดการกับความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม
• ผู้ป่วยมีอาการแก้ปัญหามีเหมาะสม	- สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความมั่นใจในทีมสุขภาพ สร้างเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง - สอนทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย - สอนและให้คำปรึกษาแก่ญาติ เพื่อการปรับระดับองค์ความรู้ด้านอารมณ์ และเสริมสร้างความสามารถของญาติในการสนทนา ประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย	- ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม
• ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการเข้าสังคม	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ - ฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเริ่มจากบุคคลใกล้ชิด - สอนและให้คำปรึกษาผู้ป่วย เกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน - แนะนำญาติพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว สังคม เช่น ไปงานวัด ฯลฯ - แนะนำญาติกระตุ้นผู้ป่วยให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพของ	- ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม

การประเมิน	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
อาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อับติเหตุ หรือภาวะดื้อนํ้ามากผิดปกติ	ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเรื่องอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้จากการใช้ยาทางจิตเวช การสังเกตอาการและการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากผิดปกติรุนแรงให้พบแพทย์	ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการข้างเคียงของยาจิตเวช
ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ตนเอง หรือไม่สามารถช่วยการทำงานของคนรอบครัวได้	- ฝึกกิจกรรมอาชีพะบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - หาแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้ผู้ป่วย - สอนวิธีการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขแก่ผู้ป่วย - ให้คำแนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม หรือช่วยเหลืองานบ้านต่างๆ หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์รุนแรงและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้อารมณ์ดีเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามประโยชน์	ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานในครอบครัวหรือประกอบอาชีพได้
ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงความรู้สึกหรือความต้องการของตนให้ญาติ หรือผู้อื่นได้	ฝึกทักษะการสื่อสาร ให้คำปรึกษาด้านสังคม จิตใจ และแนะนำญาติให้สังเกตและสอบถามความรู้สึกและปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม	- ผู้ป่วยสามารถสื่อสารถึงความรู้สึกและความต้องการของตนเองแก่ผู้อื่นได้ - มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่อยู่อาศัย	- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ เรื่องทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ฯลฯ - ฝึกกิจกรรมบำบัดตามความเหมาะสม และตามระดับความสามารถของผู้ป่วย - สอนและให้คำปรึกษาแก่ญาติในการกระตุ้นกระตุ้นกำลังใจผู้ป่วย - ส่งเสริมให้ญาติพาผู้ป่วยไปร่วมจัดกิจกรรมในหมู่บ้าน	ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งในชุมชน
ความพร้อมในการอยู่กับครอบครัวและชุมชน การส่งต่อ	- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน - พิจารณาส่งต่อเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ร่วมครอบครัวและชุมชน โดยมีเครือข่ายให้การดูแลต่อเนื่อง

ภาคผนวก จ

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชน

สำหรับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และ

ทีมสหวิชาชีพ ของอำเภอบ้านนา

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท คือ

.....
.....



โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร

.....
.....
.....
.....

การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา

1. อาการข้างเคียงที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายต่อชีวิตได้แก่

ง่วงซึม: ระวังการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการวิงเวียน หรือเดินเซ
ผู้ป่วยไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรต้องระวังอย่างมาก

.....

ภาคผนวก จ
แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
1. ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรค อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่บ้าน - ประเมินความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา - ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ สาเหตุ การรักษา การดูแลเบื้องต้น อาการกำเริบ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย - แจกคู่มือ “คู่มือผู้ป่วยจิตเภท” และสอนการใช้คู่มือ	- ญาติมีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่ การรักษา และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ กิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับ การดูแลตนเอง	- ผู้ป่วยและญาติสามารถ ใช้คู่มือ “คู่มือผู้ป่วยจิต เภท” ได้ถูกต้อง และมี ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ บ้าน	- ผู้ป่วยเข้าใจ รู้และ บอกำาตนเองว่าป่วยเป็น โรคจิตเวช อาการที่เกิด สาเหตุที่อาการกำเริบ เพราะไม่ยอมกินยา และ ต้องรักษาด้วยวิธี รับประทานยา และฉีด ยาเดือนละ 1 ครั้ง
2. ไม่ยอมพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจ ตามนัด	- ติดตามและประเมินการไปพบแพทย์ตามนัด - ให้ข้อแนะนำและญาติให้หันความสำคัญของการไป พบแพทย์ตามนัด - ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธา - ให้คำปรึกษาช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ	- ผู้ป่วยยังไม่ยอมไปพบ แพทย์ตามนัด หลานไป รับยาแทน ยังไม่ไว้วางใจ กลัวถูกหลอกให้นอน โรงพยาบาล	- ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจ - ยอมไปพบแพทย์ตรวจ ตามนัด ต่อเนื่อง ที่ โรงพยาบาล โดยมี หลานสาวพาไป	- ผู้ป่วยลำาได้ว่าแพทย์นัด วันไหน และ กระตือรือร้นเตรียมไป พบแพทย์ตามนัด โดยมี ผู้ดูแลไปด้วยทุกครั้ง

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
3. มีอาการกำเริบบ่อยๆ	-ประเมินอาการกำเริบ และป่วยซ้ำของผู้ป่วย -สำรวจปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบและป่วยซ้ำ -ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการป่วยซ้ำ -กระตุ้นผู้ป่วยให้รับประทานยา สอนวิธีการจัดยา และให้ผู้ดูแล ร่วมดูแลตรวจสอบความถูกต้องทุกมื้อ และให้การดูแล -ติดตามการพบผู้ป่วยไปรับการฉีดยาจิตเวชที่สถานอนามัยใกล้บ้านตามบัตรนัดของแพทย์ -สอนให้สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการป่วยซ้ำ	-ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ คือ มีแนวพฤติกรรม เดียว กลางคืนไม่หลับ ไม่นอน อารมณ์ หงุดหงิด ขุนเฉียวง่าย -สังเกตจากเวลาที่ผู้ป่วยคุย บอก หรือแนะนำ ให้ทำอะไรผู้ป่วยจะก้าวร้าว ตะคอกเสียงดัง และทำตาขวางต่อต้าน ไม่ยอมทำตาม	-ยังมีความคิดหลงผิด ว่าวิญญาณสามี สิ่งที่อยู่ในร่างตนเอง ตลอดเวลา -สังเกตเห็นผู้ป่วยขณะเวลารับประทานอาหาร จะเรียกสามีรับประทาน -พร้อมกัน เวลาเข้านอน จะชักชวนให้สามีมานอนด้วย	-ผู้ป่วยมีอาการทางจิต สงบลง แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น ความคิดหลงผิด หนูแ้ว พุดคุยคนเดียว บางครั้ง -หลับนอน พักผ่อนได้ เวลากลางคืน -พุดคุยกับพี่สาว และหลานสาวได้ตามปกติ เชื้อพึงและทำตามได้

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
4. มีความพร้อมด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- ใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการดูแลช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองเรื่อง การรักษาความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำกิจกรรมที่เหมาะสม และฝึกให้รับผิดชอบทำงานบ้าน - ให้คำปรึกษาแก่ญาติเกี่ยวกับการปรับระดับประเด็นด้านอารมณ์และมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย เสริมแรงใจให้กำลังใจผู้ป่วย - ให้คำแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบ และให้ผู้ดูแลกระตุ้นสอนงาน บอกขั้นตอนการทำงานแต่ละอย่าง ร่วมลงมือทำและมอบหมายงานให้ทำ เมื่อผู้ป่วยทำคล่องขึ้น ให้ผู้ป่วยทำเอง ผู้ดูแลคอยดูอยู่ห่างๆ ขณะทำงาน หมั่นพูดคุย ชมเชยให้กำลังใจ	ผู้ป่วยเริ่มดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย สังเกตว่าหลังจากที่แนะนำผู้ป่วยแล้ว ติดตามลงไปเยี่ยมบ้านพบว่าเนื้อตัวสะอาด สะอาดและหิวเรียบร้อย ใส่เสื้อผ้าดูเหมาะสม กาลเทศะ - เริ่มซักเสื้อผ้า เก็บกวาดบ้าน เป็นบางครั้ง ขึ้นกับสภาพของอารมณ์ โดยมีญาติร่วมลงมือทำด้วยกัน	- ช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ จัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดเก็บข้าวของ จัดวางของใช้ได้อย่างเหมาะสม เก็บกวาดบ้าน ช่วยล้างถ้วยชาม เป็นบางครั้ง - สามารถร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านได้ มีส่วนร่วมออกความคิดเห็นวางแผนการทำงานได้	- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง เช่น อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกาย แต่งกาย ออกกำลังกายพักผ่อน และทำงานที่รับผิดชอบ โดยไม่ต้องมีญาติคอยกระตุ้นหรือให้การช่วยเหลือ และนอนหลับพักผ่อน กลางคืนได้ 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1/2 - 1 ชั่วโมง

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
5. ไม่ร่วมมือในการ ปฏิบัติตามแผนการ รักษา ไม่รับประทานยา ต่อเนื่อง แอบขโมยทั้งยา	ประสานงานกับเภสัชกร ร่วมทีมลง ไปดูแลที่บ้าน และทำ กิจกรรม ดังนี้ -สำรวจรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทาน -ประเมิน และค้นหาสาเหตุของการไม่รับประทานยา -สำรวจและประเมินอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย - แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการข้างเคียงของยา - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญ และ ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และ โทษของ การขาดยา -ให้ญาติควบคุมดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างใกล้ชิด -แนะนำหมายเลขโทรศัพท์ และสถานที่ที่ติดต่อได้เมื่อมี อาการข้างเคียงของยาที่รุนแรง	-ในสัปดาห์แรกของการ ดูแลผู้ป่วยไม่ยอม รับประทานยา ระบุว่า จะเอาพิษใส่ให้ รับประทาน บอกว่า ตนเองไม่ได้ป่วย คนอื่นที่ อยู่ในบ้านป่วยกันหมด -ช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 ผู้ป่วย เริ่มยอมรับประทานยา โดยจัดยารับประทานเอง ได้ แต่ญาติต้องคอย กระตุ้นและบังคับจึงยอม รับประทานยา	-ญาติต้องกระตุ้นเตือน ให้จัดยารับประทานทุก ครั้ง	-จัดยารับประทานได้เอง บางครั้ง มีผู้ดูแล ตรวจสอบความถูกต้อง และยังต้องกระตุ้นเตือน บางครั้ง

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
6. ผู้ป่วยมีความเครียด ในการดูแลผู้ป่วย	- ประเมินระดับความเครียด ของญาติ - แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด ผักกั๊กมะคละยเครียดด้วยตนเอง - ผักกั๊กมะการเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม - แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - ให้คำปรึกษาแก่ญาติ เพื่อให้ระบาคความคิด ความรู้สึกที่เป็นสาเหตุของความเครียด - เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยตามต้องการ - ทำกิจกรรมกลุ่ม self help groupแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	- ผู้ป่วยรู้สึกเครียดเกี่ยวกับผู้ป่วยชอบเถียงผู้อื่น เอาแต่ใจตัวเอง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง	- ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น และเข้าใจสภาพผู้ป่วยที่เป็นอยู่เดิม	- ผู้ป่วยเข้าใจผู้ป่วยขึ้น มีวิธีการดูแลตนเอง และจัดการความเครียดได้เหมาะสมยิ่งขึ้น - ผู้ป่วยและญาติ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การทำกิจกรรมประจำวัน - ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจที่กลุ่มให้กำลังใจกัน

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
7. ผู้ป่วยไม่สามารถ ประกอบอาชีพเพื่อสร้าง รายได้ให้ตนเอง และไม่สามารถ ช่วยเหลืองานใน ครอบครัวได้	-ประสานงานพยาบาลวิชาชีพงานหลักประกันสุขภาพ ร่วมเป็นทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -สำรวจข้อมูล สภาพแวดล้อม สถานะความเป็นอยู่ต่างๆ -สำรวจสิทธิบัตรประกันสุขภาพ และให้ข้อมูลระบบการ ส่งต่อเครือข่ายเพื่อใช้สิทธิรักษาฟรี โดยทำใบส่งตัวต่อ สถานพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญาทุกครั้งที่ไปพบ แพทย์ -สอนวิธีการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างมี ความสุข -ให้คำแนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม โดยให้ช่วยเหลืองานบ้านที่ง่ายๆ -หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ หรือโต้เถียง จัดเตียงต่อผู้ป่วย -ส่งเสริม ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้	-ผู้ป่วยมีบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ระบ สถานบริการหลักคือ โรงพยาบาลบ้านนา -ทุกครั้งที่เป็นพบแพทย์ ได้รับการเขียนใบส่งตัว ให้เรียกเก็บค่าใช้จ่า ยรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลบ้านนา ญาติ และผู้ป่วยไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายด้านการ รักษาพยาบาล	-ญาติทางฝ่ายสามีผู้ป่วย ดูแลระบบเงินในบัญชี ของผู้ป่วยที่เก็บไว้ สำหรับดูแล รักษาพยาบาล และเป็น ค่าใช้จ่ายในการ ดำรงชีวิตประจำวัน โดยทำหลักฐานการเบิก- จ่ายทุกครั้ง และมี ทะเบียนควบคุม	--ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วม ทำกิจกรรมต่างๆ ของ ครอบครัวได้เพิ่มขึ้น

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางจิตต์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
8. ผู้ป่วยมีความบกพร่อง ด้านทักษะทางสังคม ขาดการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าสังคม แยกตัวอยู่แต่ในห้อง	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและฝึกทักษะการสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ โดยเริ่มจากบุคคลใน ครอบครัวก่อน - ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและใน ชุมชน - ส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น ไปทำบุญวันพระ งานบวช หรืองานประเพณีใน หมู่บ้าน	- แยกตัวอยู่ในห้องเป็น ส่วนใหญ่ บางครั้งเดิน เล่นรอบๆ บริเวณบ้านใน ช่วงเวลาเช้า และเย็น บ้างบางวัน	- มีสัมพันธภาพกับบุคคล ที่เดิรู้จักคุ้นเคยโดย กล่าวทักทาย พูดคุยด้วย บางครั้ง มีเวลามาเดิน เล่นและพูดคุยทำ กิจกรรมกับสมาชิก ครอบครัวมากขึ้น	พูดคุยกับบุคคลอื่นที่เข้า มาเยี่ยมหาที่บ้าน ยิ้มแย้มแจ่มใส แต่ตอบ คำถามได้ไม่สอดคล้อง กับเนื้อหาที่คุยบางครั้ง - ไม่ยอมออกไปนอก บ้านเพื่อพบปะผู้คน หรือไปร่วมกิจกรรม หมู่บ้านบอกว่าขี้เกียจไป

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิเสธการรับประทานยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อแพทย์ พยาบาล ที่ตนเองเข้านอนรักษาอยู่ก่อนหน้านี้	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และร่วมวางแผนการดูแลตนเองได้ - ประสานงานกับเภสัชกร ร่วมทีมลงไปตามดูแลผู้ป่วย - เภสัชกรประเมินปัญหา สาเหตุการไม่รับประทานยา - สอบถามอาการข้างเคียงของยา และให้ความรู้เรื่องยา - อการไม่พึงประสงค์ การแก้ไขอาการข้างเคียงของยา - ทีมดูแลร่วมกับพยาบาลวิสาขาในการแก้ไขปัญหา - ประสานงานกับพยาบาลวิสาขาซึ่งทำงานหลักประกันสุขภาพ - ร่วมทีมสหวิชาชีพลงไปตามดูแลที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการใช้สิทธิการรักษาซึ่งสถานบริการเครือข่ายตามสิทธิบัตรทอง	- ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจที่จะไปพบจิตแพทย์ ที่โรงพยาบาลสระบุรี - ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทอง รหัส 90 UC ในจังหวัด นครนายก เลขที่ 8955361265 และส่งต่อจิตแพทย์โรงพยาบาลสระบุรี ตามเครือข่ายที่ระบุ - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia Paranoid	- อาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว และอาการที่เกิดในคลื่นสมองลดลง - สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค - และอาการข้างเคียงของยา แก้ไขอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้นได้ - ผู้ป่วยไม่มีอาการป่วยซ้ำในระยะที่เข้าไปดูแลที่บ้าน 12 สัปดาห์	- มีอารมณ์แจ่มใสขึ้น ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง - มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการทำงานในครอบครัวมากขึ้น - มีสัมพันธภาพกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวดีขึ้น - ญาติและผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
	- พยาบาลงานประกันสุขภาพ ให้ข้อมูลและทางเลือกเกี่ยวกับการเลือกรับบริการ โรงพยาบาลในเครือข่ายของระบบการส่งต่อในเขตพื้นที่ คือรพ.สระบุรี และรพ.ศรีรัชัญญา ข้อดี ข้อเสียของแต่ละแห่ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจ - ประสานงานกับแพทย์ในทีมสหวิชาชีพการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา โรงพยาบาลสระบุรี	ยาที่ได้รับ -Chlorpromazine 100 mg. 1x1 hs. -Perphenazine 8 mg. 4x1 hs. - Fluoxetine 20 mg. 1x 1 Pc. -Bexzhexxol 2 mg. 2x2 Pc.	-ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น -มีทักษะในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม	ช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย -ญาติและคนในชุมชนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย -มีทักษะทางสังคมและดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติ

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
2. ผู้ป่วยอดอาหาร รับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ เข้าใจว่าตนเองอ้วน	-ประสานงานนักโภชนาการร่วมทีมดูแลที่บ้าน โดยทำแบบบาทหน้า -ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) -สำรวจผลกระทบของการอดอาหาร -ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และควรครบทั้ง 5 หมู่ -ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารควบคุมน้ำหนัก -วิธีเลือกประกอบอาหารรับประทาน -อาหารเสริมที่ควรเลือกรับประทานให้เหมาะสมกับความต้องการร่างกาย -สอนวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกายให้ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลต่อรูปร่าง น้ำหนักของตนเอง	-น้ำหนักผู้ป่วย 42 กก. ส่วนสูง 155 ซม. ค่า BMI 17.5 (ค่าปกติ=18-24 Km2) ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ -ผู้ป่วยรับรู้และบอกว่า เวลาอดอาหารมีอาการหงุดหงิด เครียดง่าย -อ่อนเพลีย เชื่องซึม ผอม -ความต้านทานโรคต่ำ -รับประทานอาหารเพิ่มเป็น 2 มื้อ เข้า และบ่าย	-ผู้ป่วยมีความสนใจเรื่องอาหาร การควบคุม น้ำหนัก และให้ -ความสำคัญกับการประกอบอาหาร -รับประทานเอง -ไม่รับประทานอาหารมืออื่น แต่ดื่มนมสด และผลไม้แทน	-น้ำหนักยังเท่าเดิม ได้ 42 กิโลกรัม ค่า BMI 17.5 (ค่าปกติ=18-24 Km2) น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ -ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ และมือเย็นเป็นนม -ผลไม่บอกว่ารู้สึกอึดไม่หิว -ระยะที่ 3 นี้ผู้ป่วยไม่ค่อยหงุดหงิด วิตกกังวลเหมือนก่อน

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
3. เลี้ยงดูลูกป่วยช้า	-ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการป่วยช้า -ให้ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยของผู้ป่วย -แนะนำให้สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนมีอาการป่วยช้า -แนะนำให้การเริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อไร ให้ ว่ามีอาการอะไรบ้าง แต่ละอาการเริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อไร ให้ บันทึกอาการที่พบและตรวจพบผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีและ ให้รายละเอียดกับแพทย์ -แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิด ความเครียด อาจหยุดพักการทำงานชั่วคราวจนกว่าอาการจะ ดีขึ้น และไปพบแพทย์ทันที - ฝึกผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ ความรู้สึก และสิ่งที่ตนเอง ต้องการ ฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะจัดการกับ ความเครียด และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	-ผู้ป่วยเริ่มสำรวจอารมณ์ ตนเองว่าเครียดเวลาที่มีคน เข้ามารับประทานอาหาร กลางวันในวันตามากๆ และจะจัดการความเครียด โดยเข้าไปพักผ่อนที่บ้าน นอนหลับพักผ่อนจะดีขึ้น	-ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจอารมณ์ ตนเอง และบอกได้ว่า เมื่อไม่ได้ดังใจจะ เกิดความเครียดสูง ก้าวร้าว และสามารถ ฝึกการปล่อยวาง ไม่ คาดหวังในสิ่งที่ทำ จึง ทำให้ไม่หงุดหงิดหรือ เครียดลดลง -สามารถควบคุมอารมณ์ ได้ขึ้น	-ผู้ป่วยไม่มีอาการป่วย ซ้ำ ตลอดระยะเวลาที่ ดูแลที่บ้าน 12 สัปดาห์

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
4. มีความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย คิด หมกมุ่นอยู่กับเรื่องของ ตัวเอง และบ่นว่าอยาก ตาย	-สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง -ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต -สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี และเหตุการณ์ที่เคยได้ช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น -ฝึกวิธีคิดเชิงบวกให้ผู้ผู้ป่วย ใช้หลักมองโลกในแง่ดี คือ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ให้มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะอยู่กับเราไม่นานมันจะผ่านไป ชีวิตเรายังมีด้านอื่นที่ดีไม่ปล่อยให้ปัญหาด้านหนึ่งของชีวิตมากระทบด้านอื่นๆ ไม่ตำหนิต่อว่าตนเองให้รู้สึกท้อ มีศรัทธาต่อชีวิตและความดีงาม เชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตย่อมมีเหตุ	-ผู้ป่วยพูดคุยกับน้องสาวและหลาน ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม โดยมีหลานชวนเล่นพูดคุย ผู้ป่วยมักใช้เวลาว่างๆ ดัดเย็บเสื้อผ้าให้หลานใส่ และทำกิจกรรมร่วมกับหลานได้โดยไม่รู้สึกเบื่อหน่าย	-ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำร่วมกับน้องสาวและหลานเป็นประจำ บางครั้งออกไปเที่ยวพักผ่อนนอกบ้าน และชอบช่วยเหลือคนอื่นที่เดือดร้อน เช่น ช่วยงานช่วยดูแลร้านค้าน้ำดื่ม มารดาเป็นบางครั้ง ไม่ปล่อยให้ว่าง	-ไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง -มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ตามปกติ -บอกความรู้สึก และความต้องการของตนเองกับผู้ดูแล -ออกกำลังกายหลังเสร็จงานตอนเย็นทุกวัน วัน วิ่งระยะทาง 4 กิโลเมตร -บางครั้งถึงจักรยานนาน 1 ชั่วโมง

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
	ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตจะทำให้เราเติบโตและเข้าใจชีวิตมากขึ้น -สอนทักษะการจัดการกับการอารมณ์เศร้า และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม -แนะนำญาติเรื่องการเฝ้าระวัง การประเมินภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น และออกกำลังกาย -แนะนำญาติให้สังเกตและสอบถามความรู้สึกและปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การตอบสนองและดูแลอย่างเหมาะสม -ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเรื่องการสื่อสาร บอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้ดูแลร่วมรับทราบ			-ผู้ป่วยมีความคิดและความรู้สึกเป็นทางบวกทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น มองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าไม่สามารถรับราชการต่อได้ เป็นโอกาสที่ตนเองจะได้พักผ่อน ไม่ต้องเครียด และยังได้อยู่ใกล้ชิดกับบิดา มารดา และหลานๆ

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
5. ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการ การรักษา และ อาการข้างเคียงของยา	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน - ประเมินความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา - ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ สาเหตุ การรักษา การดูแลป้องกันอาการกำเริบ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย - แจกคู่มือ “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แนะนำและฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือ	- ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจ คู่มือ “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ได้ถูกต้อง - มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงของยา - ยารักษาโรคจิต การป้องกันอาการกำเริบ	- ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้คู่มือ “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ได้ถูกต้อง - มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงของยา - ยารักษาโรคจิต การป้องกันอาการกำเริบ	- ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้คู่มือ “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ได้ถูกต้อง - มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงของยา - ยารักษาโรคจิต การป้องกันอาการกำเริบ

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววิ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
6. ญาติมีความเครียด ทุกข้อใจกับพฤติกรรม ผู้ป่วย ที่มักแสดง อารมณ์รุนแรงต่อบิดา มารดา เวลาไม่พอใจ หรือไม่ได้อย่างที่ตน ต้องการ และมีภาวะ ประชิด ต่อต้าน	-ประเมิน ทัศนคติของความเครียด และการแสดงออก ของพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ญาติเกิดความเครียด -ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่จะไม่ ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย -แนะนำและฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับ การ แสดงออกที่เหมาะสมทางด้านอารมณ์ และการสื่อสารใน ครอบครัว -ทำครอบครัวบำบัด เพื่อลดความขัดแย้ง และเกิดความ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว -ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกกำลังกาย ทำงานบ้านหรือไปเที่ยวพักผ่อนร่วมกันอย่าง สม่ำเสมอ ตามความเหมาะสม	-ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และ เข้าใจผู้ป่วยที่แสดง พฤติกรรมออกมา -ญาติและผู้ป่วยมีวิธี จัดการกับความเครียดได้ อย่างเหมาะสม	-มีสถานการณ์หรือ ความขัดแย้งลดน้อยลง -ญาติและผู้ป่วยสามารถ จัดการกับความขัดแย้ง ได้ -ญาติเข้าใจพฤติกรรม และอารมณ์ผู้ป่วย ของผู้ป่วยเกิดจากการ ขาดยจิตเวช ประเมิน จากเมื่อผู้ป่วยยอมกินยา ต่อเนื่อง อารมณ์และ พฤติกรรมดีขึ้น	-เกิดสถานการณ์และ ความเครียดลดลง -ญาติและผู้ป่วยมีวิธี จัดการกับความเครียด ได้อย่างเหมาะสม -ผู้ป่วยพูดคุยกับมารดา และสมาชิกคนอื่นใน ครอบครัวมีจังหวะ เนื้อหาสอดคล้องเป็น เรื่องเดียวกัน ไม่ใช้ อารมณ์ และไม่ใช้คำ ประชิดประชัน

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววี) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
7. ผู้ป่วยมีความ บกพร่องการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น และการเข้าสังคม	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อเกิดความไว้วางใจ - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยให้มีการเรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ตลอดจนมีทักษะในการอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว และในชุมชน - แนะนำให้ญาติผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม สังคม และชุมชน เช่น ไปงานวัด งานทำบุญ งานเลี้ยงในหมู่บ้าน - แนะนำญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมที่เหมาะสม เพื่อสร้างเสริมทักษะการอยู่ร่วมกันและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	- ผู้ป่วยเริ่มมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลบ้าง แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อผู้ดูแลด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม	- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม	- ผู้ป่วยไปร่วมงานแต่งงานหลาน และพูดคุยกับญาติคนอื่นๆตามปกติ - มีพฤติกรรม การแสดงออกอย่างถูกกาลเทศะและเหมาะสมต่อสถานที่ และเวลา

ตาราง 2 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นางสาววิ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
8. ผู้ป่วยและ ครอบครัวมี ความ พร้อมในการดูแล ตนเอง และอยู่ร่วมกัน ในครอบครัวและ ชุมชน ได้ตามปกติ	-ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้านและอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ - พิจารณาส่งต่อเครื่องช่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง -ทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างญาติและผู้ป่วย -ประเมินความพร้อมของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยในการรับดูแลต่อเนื่อง - ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยบ้านพริกเพื่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป - ถ่ายทอดความรู้ เรื่อง โรคจิตเภทและแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ สอ. เป็นที่ปรึกษา แก่ จนท. สอ. และ เครือข่ายในชุมชน	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวมากขึ้น มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน - ชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งในชุมชน	-ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน โดยมีเครือข่ายให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
1. ผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย คิดหมกมุ่น อยู่กับเรื่องของตัวเอง แยกตัวอยู่คนเดียว	- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ การเจ็บป่วยของตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดีขึ้น - ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยระบาย อารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจกับตัวเอง จาก การดำเนินชีวิตอยู่กับการยอมรับ - ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย แนะนำญาติเรื่องการสังเกตเฝ้าระวังดูแลไม่ให้เกิด อันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น - พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วย เห็นคุณค่าของตัวเอง - ฝึกวิธีคิดเชิงบวก ให้ผู้ป่วยใช้หลักมองโลกในแง่ดี - ใช้กระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อ ช่วยเหลือและแก้ไขความคิดที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า	- ผู้ป่วยเข้าใจอาการ เจ็บป่วย การดำเนินของ โรคที่ตนเองเป็นอยู่ - ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย - ผู้ป่วยไม่แยกตัว และมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้ดี - พูดคุย ระบายความคับ ข้องใจ ความไม่สบาย ใจ และสามารถสำรวจ อารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับ ความคิดได้	- ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับ อารมณ์ที่เกิดขึ้น มี ความสัมพันธ์กับ ความคิด และมีผลต่อ พฤติกรรมที่แสดง ออกมา - ไม่มีความคิดอยากตาย - ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัว ตาย - มีส่วนร่วมในกิจกรรม ของครอบครัวได้ทุกครั้ง - ผู้ป่วยสามารถบอก ความต้องการของตนเอง ต่อผู้อื่นได้	- ผู้ป่วยมีอาการแจ่มใส ขึ้น ไม่ซึมเศร้า และไม่ มีความคิดฆ่าตัวตาย - สามารถออกไปที่ ทำงานกับบิดา และมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในที่ ทำงานได้ - ญาติ และสมาชิกใน ครอบครัว ลดอคติ และ ตราบาปต่อผู้ป่วยลง รับรู้เข้าใจผู้ป่วยอย่าง มากขึ้น

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
	- สอนทักษะการจัดการกับอารมณ์เศร้า และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกท้อแท้หมดหวัง - แนะนำผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องออกกำลังกายสม่ำเสมอ - แนะนำญาติ ให้คอยกระตุ้นผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ไม่ปล่อยให้อยู่ลำพังคนเดียว - ติดตามการสื่อสาร บอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้ดูแลรับทราบ			- ผู้ป่วยมีน้ำหนักขึ้นเร็ว - เวลาไม่เหงา ไปเยี่ยมบ้าน
2. ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และการดูแลตนเอง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้าน	- ประเมินความรู้ ทักษะคิด ผู้ป่วยและญาติ - ให้ความรู้กับญาติ รวมทั้งผู้ดูแลเรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย - ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	- ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วย - รับรู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังมี - ความกังวลใจ กลัวว่าผู้ป่วยจะหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุได้	- ญาติดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง - มีความรู้สึกรับผิดชอบ - ผู้ป่วยไม่ได้รับการหรือ - ญาติสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้	- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ล้างจาน ฯลฯ

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
ร่างกาย จิตใจ สิ้นหวัง โดยมีความคิด ความเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งผู้ช่วยทำ เข้าใจ ว่าผู้ป่วยพิการเดินหรือ เคลื่อนไหวไม่ค่อย ไหว และต้องช้า	- ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบำบัดในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น - ประสานงานกับนักกายภาพฯ ร่วมดูแลที่บ้าน - นักกายภาพบำบัดประเมินเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความยืดหยุ่น แข็งแรง การทรงตัว และการเคลื่อนไหว - ฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว ออกกำลังกายแบบค่อยๆ ขยับขึ้น - ฝึกให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย - ให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองด้านความสะอาด ร่างกาย อาน้ำชำระผม เลือกล้างและสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง - ส่งเสริมให้ผู้ป่วย คิดวางแผน ทำสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเอง	- ญาติมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการหรือได้รับการดูแล - สามารถทำตามคำแนะนำ	- ญาติได้มีโอกาสได้เรียนรู้ร่วมกันกับสมาชิกคนอื่นๆ ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย - เหมือนกัน และสามารถกลับมาปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลได้ถูกต้อง	- แต่งกาย ออกกำลังกาย พักผ่อน และทำงานที่ได้รับมอบหมายโดยไม่ต้องคอยกระตุ้นหรือให้การช่วยเหลือหรือลงมือทำแทนผู้ป่วย - สามารถจัดการรับประองได้ทุกเมื่อ มีผู้ดูแลตรวจสอบความถูกต้อง

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
3. ผู้ป่วยมีแบบแผนการ หลับนอนที่มากเกินไป	- ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย - พูดคุยกับผู้ปกครองถึงการทำงานบ้าน เพื่อသူผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้บ้าง - ให้ความรู้กับผู้ดูแล ให้ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม และฝึกให้ทำงานด้วยตนเองตลอดเวลาการนอนกลางวันของผู้ป่วยลงให้นอนพักกลางวันได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง และต้องปลุกให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาและหากิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยทำ ไม่ให้อยู่ว่างๆ - แนะนำวิธีการชื่นชม เพื่อเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทำกิจกรรมต่างๆ - ทำข้อตกลงระหว่างญาติ และผู้ป่วย ออกกฎระเบียบ และมีรางวัลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติได้	- ผู้ป่วยนอนหลับมากขึ้น ตั้งแต่หลังอาหารเช้า - ตื่นเวลา 11.00 น. และเวลา 13.00-16.00 น. ช่วงเย็นตั้งแต่เวลา 19.00-08.00 น.	- ผู้ป่วยนอนกลางวันๆ ละ 1-2 ชั่วโมง เวลา กลางคืนๆ ละ 10 ชั่วโมง	- ผู้ป่วยสามารถจัดตารางเวลาเข้านอนพักผ่อนได้ กลางวัน 1 ชั่วโมง เวลา 13.00-14.00 น. - และเวลากลางคืนๆ ละ 6-8 ชั่วโมง - ผู้ป่วยใช้เวลาร่วมทำกิจกรรมเอง - ครอบครัวมากขึ้น - และทำกิจกรรมเวลา กลางวันได้โดยไม่รู้สึกอึดอัดนอน

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
4. บุคคลในครอบครัว (พี่สะใภ้) มีอคติต่อ ผู้ป่วย ไม่มีความ ไว้วางใจผู้ป่วย รู้สึก ฝังใจว่าสักวันหนึ่ง ผู้ป่วยต้องจุดไฟเผา บ้านซ้ำอีก	- ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย ให้ระบายความรู้สึก กับ ข้อใจออกมา - ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ญาติรับฟังปัญหาและให้ญาติ ได้ระบายความขัดแย้งและคับข้องใจจากการดูแลผู้ป่วย - ทำครอบครัวบำบัดเพื่อลดความขัดแย้ง คับข้องใจ ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว - ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทางจิต คือประสาทหลอน ทำให้ได้ยินเสียงมาสั่งให้ทำโน่นทำนี่ และไม่สามารถ ควบคุมเสียงนั้นได้ต้องลงมือทำตาม - ทำกลุ่ม self help group แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับครอบครัวอื่นๆ	- ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วย ที่จุดไฟเผาที่นอนใน ห้อง เกิดจากการ ประสาทหลอน หนูแวนมี เสียงมาสั่งให้ทำ โดย ไม่ได้แกล้ง ทำเอง - ญาติเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับการของผู้ป่วย ที่มีซึมเศร้าร่วมด้วย จึง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม เชิงซ้ำ ขาดสมาธิ ขาด ความสนใจ ไม่ได้เก็บ ครั้นอย่างที่เคยคิด	- ญาติให้ความสนใจ พูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น	- ญาติมีความไว้วางใจ ผู้ป่วยมากขึ้น ยอมรับ ผู้ป่วยว่าเป็นสมาชิกคน หนึ่งของครอบครัวและ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มากขึ้น

ตาราง 3 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส.เจ) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
6. มีโอกาสเสี่ยงต่อการ กำเริบซ้ำ	- ให้อาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ - ควบคุมและติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย และฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานด้วยตนเอง - สอนวิธีการปรับตัวอยู่ร่วมกันในครอบครัว การเข้าสังคม การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว - สอนผู้ป่วยและญาติ คอยสังเกตอาการเบื้องต้นก่อนมีอาการกำเริบ จะมีอาการเตือนก่อนกำเริบ 1- 2 สัปดาห์ที่พบบ่อย เช่น กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ เครียด กังวลไม่มีเหตุผล นอนมากหรือนอนไม่หลับ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว ปฏิเสธการรับประทานยา ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สนใจตนเอง หนูว่า เห็นภาพหลอน	- ผู้ป่วยไม่มีอาการเตือนหรืออาการกำเริบเกิดขึ้น - ระยะนี้แพทย์นัดไปพบทุก 2 สัปดาห์ เพื่อรับยาให้ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยยังอยู่ระยะปรับยาพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์	- ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ และไม่มีอาการเตือนต่างๆ ในระยะเวลาที่ดูแลที่บ้าน 12 สัปดาห์ - ผู้ป่วยพบแพทย์เดือนละ 1 ครั้งตามนัด

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
1. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือใน การรับประทานยา ต่อเนื่อง และ รับประทานยาไม่ ถูกต้องตามแผนการ รักษาของแพทย์ เกิด อาการข้างเคียงของยา	ประสานงานกับเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ ลงไปดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน โดยเภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ - ประเมินและค้นหาเหตุผลในการไม่รับประทานยา หรือ การเพิ่มจำนวน ขนาด ในการรับประทานยา - ให้ข้อมูล และชี้ให้เห็นประโยชน์ในการรับประทานยา และโทษของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การปรับเพิ่ม ยาเอง - แนะนำให้ญาติกระตุ้น ควบคุมและติดตามดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างใกล้ชิด ตามขนาด และเวลาที่กำหนด โดยเคร่งครัด - ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับวิธีให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็น ความสำคัญในการรับประทานยา - แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการข้างเคียงของยา	- มารดาเป็นผู้ดูแลจัดยา ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อ หน้าทุกมื้อ	- ผู้ป่วยจัดยาเอง ตาม แผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการตรวจสอบ ความถูกต้องให้ทุกมื้อ	- สามารถจัดยารับประทาน เอง ได้ทุกมื้อถูกต้องตาม แผนการรักษาของแพทย์ ที่ระบุข้างซองยา มี มารดาเป็นผู้ดูแล ตรวจสอบความถูกต้อง

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
2. เสี่ยงต่อการเกิด อันตรายจากการ ข้างเคียงของยา โรคจิตเภท จากผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนยาเองอีกวัน ละ 2-3 มื้อ เมื่อรู้สึก เครียด	- เภสัชกรให้การดูแลช่วยเหลือ ดังนี้ - ประเมินและสอบถามสาเหตุ เพื่อค้นหาเหตุผลในการเพิ่มจำนวนมื้อ ในการรับประทานยา - สังเกตอาการข้างเคียงของยาและแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการข้างเคียงของยา - จัดให้เห็นประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและโทษของการปรับเปลี่ยนขนาดหรือจำนวนยาที่รับประทาน โดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ - กระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมและติดตามดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างใกล้ชิด - ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา - แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานที่ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ ได้เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาที่รุนแรง	- ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับกรกินยาจิตเวชมากขึ้น และเข้าใจว่าแตกต่างจากยารักษาโรคทางกายทั่วไป - ไม่หยิบยามารับประทานเอง ทุกมื้อ มารดาเป็นผู้ดูแลให้กินยาและเก็บยาใส่ตู้ยาเฉพาะ	- ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่ายาจิตเวชต้องกินให้ถูกต้องตามขนาด เวลา ที่แพทย์กำหนด ไม่ปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือปรับเปลี่ยนเวลารับประทานเอง	- ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายหรืออาการข้างเคียงของยาจิตเวช

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
3. ญาติขาดความรู้ เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา เรื่องยา ผลข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องเมื่อเกิด ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน	-สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่บ้าน -ประเมินความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษา -ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยที่เป็นอยู่ สาเหตุ การรักษา การดูแลป้องกันอาการ กำเริบ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย -แจกคู่มือ “คู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แนะนำและฝึกปฏิบัติการ ใช้คู่มือ	-ญาติผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทมาก ขึ้น และสามารถ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน กับ สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม ได้ -ญาติได้ระบายออกถึง ความรู้สึกเหนื่อย ระอา ใจกับผู้ป่วยต่อสมาชิก ในกลุ่ม พร้อมเก็บเข้าใจ ธรรมชาติของผู้ที่ เจ็บป่วยเป็นโรคจิตเวช	-ยังมีอาการทางจิต หลงเหลืออยู่ เช่น พุดคุย หัวเราะคนเดียวบางครั้ง -รับประทานยาตาม แผนการรักษาได้แต่ต้อง คอยกระตุ้น -ผู้ป่วยพุดคุยกับมารดา อย่างเป็นกันเอง แต่กับ พี่ชายไม่ค่อยพุดคุยสนิท สนมด้วย	-รับประทานยาตาม แผนการรักษาได้แต่ต้อง คอยกระตุ้น -ยังมีอาการทางจิต หลงเหลืออยู่ เช่น พุดคุย หัวเราะคนเดียวบางครั้ง -รู้จักทักทายถามลูกคำที่ เข้ามาซื้อของในร้านได้ บ้าง

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
4. ผู้ป่วยไม่สนใจทำ กิจวัตรประจำวัน ไม่ สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ ทำงาน ชอบเก็บตัวอยู่ ในห้องนอน ดู โทรทัศน์และเบิ่ววิทยุ ฟังทั้งวัน	-กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือ งานในครอบครัว ตั้งหน้าที่ให้รับผิดชอบ -แนะนำญาติ กระตุ้น พูดคุยกับผู้ป่วยถึงการช่วยทำงาน บ้าน และดูว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง -ตกลงกับผู้ป่วยมอบหมายให้ผู้ป่วยช่วยเปิดร้าน จัดของใน ร้าน ขายของ ดูลูกค้า -บอกขั้นตอนการทำงานแต่ละอย่าง ให้ผู้ป่วยทราบ และลง มือทำงานนั้นเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย -ขณะทำงาน หมั่นพูดคุย ชมเชย และให้กำลังใจ -เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ให้รางวัล หรือแรงจูงใจ และถ้าไม่ ปฏิบัติตามที่ตกลงกัน ตั้งกฎกติการ่วมกัน ในการลงโทษ ผู้ป่วย	-ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า ตนเองไม่ต้องทำอะไร เลย เพราะมารดาจ้าง ลูกจ้างมาทำแทนแล้ว	-ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจแล้วว่า ตนเองต้องพยายามฟื้นฟู สมรรถภาพด้วยวิธีการ ฝึกทักษะด้านต่างๆ	-สามารถช่วยเหลืองาน บ้านได้ เช่น ช่วยเปิด ร้าน จัดข้าวของวางที่ชั้น วางของ โดยญาติคอย กระตุ้น เสริมแรง และ ร่วมทำกิจกรรมไปด้วย

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1- 4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5- 8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9- 12 สัปดาห์)
5. ผู้ป่วยมีความ บกพร่องการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น และทักษะการเข้า สังคม	- ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเริ่มจากบุคคลใกล้ชิดก่อน และให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ - กระตุ้นผู้ป่วยให้ออกจากห้องนอนลงมาอยู่ที่หน้าร้านชานพุดคุยและกระตุ้นให้ช่วยกิจการในร้านค้า - ไม่ปล่อยผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง - แนะนำ ส่งเสริมให้ญาติพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน ตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัวและบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น - ลงมาจากห้องนอนเมื่อถึงเวลาเช้า ช่วยบิดาร้านค้า จัดเตรียมข้างของในร้าน เสริญแล้วรีบขึ้นไปอยู่ในห้องนอนทั้งวัน - ผู้ป่วยยังไม่ออกไปร่วมงานนอกบ้าน เมื่อมารดาชวนบอกว่ายังไม่อยากไป	- ผู้ป่วยยังรู้สึกอาย ไม่อยากไปพบปะผู้คนรู้จักในหมู่บ้าน แต่ถ้ามียุคค้ามาซื้อของในร้านพอดูคุยได้บ้าง - มีกิจกรรมร่วมกันในบ้านเพิ่มขึ้น ลงมาจากห้องนอน และอยู่เฝ้าหน้าร้านค้าได้นานขึ้น - แต่ยังไม่ได้รับการกระตุ้นเสริมแรง โดยมารดามีเวลาพุดคุยด้วย หากิจกรรมให้ทำไม่เพียงพอ	- ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มารดามอบหมายให้ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องกระตุ้นมากเหมือนก่อน - ผู้ป่วยยอมที่จะออกบ้านไปร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นๆ ในหมู่บ้าน เช่น ช่วยมารดาถือปิ่นโตข้าวไปวัด ช่วยจัดเตรียมข้าวของกับมารดา

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
6. ผู้ป่วยสับสน และติด สารเสพติด เหล้า บุหรี่ กาแฟ เอ็ม 100 น้ำอัดลม ปัญหาที่พบเพิ่มขึ้น ระหว่างการดูแลที่บ้าน สัปดาห์ที่ 9 คือผู้ป่วย แอบดื่มสุรา หมดสติ หน้าห้องนอน มารดา โทรศัพท์ตามรถ EMS ของรพ. บ้านนาไปปรับที่ บ้าน เจ้าหน้าที่รักษาใน รพ. 3 วันอาการดีขึ้น กลับบ้านได้	- ประเมินปัญหาที่เกิดจากการเสพและติดสารเสพติด เหล้า บุหรี่ กาแฟ เอ็ม 100 - สนองทางเล็งในการเลิกสารเสพติด และกำหนด เป้าหมายในการเลิก แนวทางการบำบัดรักษา - ให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจที่จะเลิกสารเสพติด - สอนวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะเลิกสารเสพติด - ประยุกต์ใช้โปรแกรม จิตสังคม บำบัด เช่น เรียนรู้เรื่อง โรคสมองติดยา วงจรการติดยา เส้นทางสู่การเลิกยา การ จัดการกับตัวกระตุ้น	- ผู้ป่วยมีความสนใจใน การเลิกบุหรี่ เหล้า กาแฟ ในระยะนี้ผู้ป่วยยังอยู่ใน ช่วงตัดสินใจ ทางเลือกที่จะเลิก - ผู้ป่วยขอทดลองลด จำนวนสารเสพติดด้วย ตนเองค่อยๆ ลดปริมาณ ลงทีละน้อยๆ	- ผู้ป่วยรู้สึกดีกับจำนวนแรก ตั้งแต่นอนตอนเช้า รู้สึกหงุดหงิด เครียดมี ง่วง ศีรษะ เมื่อยตามตัว และง่วงซึมได้รับการอบ สมุนไพร และดื่มชาชง สมุนไพร และรู้สึกเบา สบายตัว นอนหลับได้ดี - ผู้ป่วยรู้สึกดีลงเหลือวัน ละ 9-10 มวน - หยุดดื่มเหล้า ได้แล้ว	- ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้ป่วย แอบดื่มเหล้า จึง พิจารณาบำบัดเลิก เหล้า บุหรี่ โดยวิธีอบ สมุนไพร ดัดดองกัน 7 วัน ดื่มชาชงสมุนไพร ชาสมุนไพรชงอด บุหรี่ - ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และเอ็ม 100 ได้ และ สูบบุหรี่ลดลงเหลือ 3-5 มวนต่อวัน

ตาราง 4 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นายวัลย์) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
	- ประสานงานกับสหวิชาชีพงานแพทย์แผนไทยเพื่อ ผสมผสานการแพทย์ทางเลือกร่วมในการบำบัด โดย การ อบสมุนไพร และชาขงรางจัด - ประชุมทีมสหวิชาชีพ (ทีมดูแลผู้ป่วย) นำเสนอแผนการ บำบัดสารเสพติด โดยผสมผสานแพทย์ทางเลือกเข้ามาช่วย บำบัดให้มีประสิทธิภาพ และความเห็นชอบต่อการยกเว้น ค่าใช้จ่าย - ทำกลุ่ม self help group แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันใน กลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่สามารถทำได้ - ติดตามต่อเนื่อง โดยฝึกทักษะการป้องกันการกลับมาเสพ ซ้ำ โดย ปรับและผสมผสานตาม โปรแกรมบำบัด กายจิต สังคม (Matrix Program)		- คัมภีร์แพทย์ทางเลือก 1-2 แก้ว เข้า และบาย - ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ผสมผสานแพทย์ทางเลือก โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าอบสมุนไพร ช่าง สมุนไพรตลอดระยะเวลา ติดต่อกัน 7 วัน ตามแผนการบำบัดที่วางไว้	- ผู้ป่วยต้องได้รับการ ติดตามฝึกทักษะอย่าง ต่อเนื่องในการเลิก เสพสารเสพติดต่อไป อีก ให้ครบ 4 เดือน หลังจากนี้และติด ตามหลังครบ โปรแกรมบำบัดกาย จิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ไป อีก 1 ปี

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
1. มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ เนื่องจากไม่รับประทานยา ต่อเนื่อง สามี่ไม่ให้ รับประทานยาเพราะ ต้องการมิลูก และเชื่อว่ายา มีผลทำให้มึนงงยาก รวมทั้ง มีเรื่องเครียด วิตกกังวล รบกวนจิตใจ	ประสานงานกับพยาบาลงานเวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมทีมดูแลที่บ้าน และทำบทบาทหน้าที่ ดังนี้ - ให้คำปรึกษาและความรู้แก่ผู้ป่วย สามี่ และมารดา ของผู้ป่วย เกี่ยวกับการมีบุตร - ทำความเข้าใจร่วมกัน เรื่อง การมีบุตร ผลกระทบ ต่อบุตรในครรภ์ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อทารกใน ครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ ในระยะที่รับประทานยา จิตเวช รวมทั้งติดบุหรี่ และใช้ยาบ้า - สืบหาความพร้อมที่จะมีบุตร การเตรียมความพร้อม ทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมเศรษฐกิจ รวมทั้งความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร - ให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ การรับประทานยาต่อเนื่องป้องกันอาการกำเริบ	- สามี่ผู้ป่วยเข้าใจและ เห็นความสำคัญของการ รับประทานยาต่อเนื่อง - สามี่ และผู้ป่วยรับรู้ และเข้าใจ จากการได้ สำรวจความพร้อมของ ตนเอง ว่ายังไม่มี ความพร้อมหลายๆ ด้านที่จะมี บุตร และอาจจะเกิด ปัญหา หรือผลเสีย มากกว่าผลดี และใช้วิธี คุมกำเนิด โดยกินยาคุมฯ ไว้ก่อน - ผู้ป่วย มารดา และสามี่	- ผู้ป่วยรับประทานยา จิตเวชได้ต่อเนื่อง ตรงตาม แผนการรักษาของแพทย์ - วางแผนในการบำบัด เลิกเหล้า บุหรี่ ยาบ้า - ไม่มีอาการกำเริบ - สามารถประกอบอาชีพ หาเลี้ยงครอบครัวได้	- ผู้ป่วยรับประทานยา จิตเวชได้ต่อเนื่อง ตรงตามแผนการ รักษาของแพทย์ - ผู้ป่วยไม่มีอาการ กำเริบซ้ำในระหว่าง ให้การดูแล - ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพ ยาบ้าซ้ำ - สืบพบหรือ 4-5 มวน ต่อ วัน ไม่ดื่มสุรา - รับจ้างเลี้ยง ครอบครัวได้

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
	-แนะนำวิธีดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย -คอยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนมีอาการกำเริบ หากพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการเตือนว่าอาจเกิดอาการกำเริบของโรคควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที - พุดคุยทำความเข้าใจกับสามีสัมผัสผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ผลเสียของการไม่รับประทานยามากกว่าผลดี	ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดยา และผลกระทบจากการเสพยาทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		-ทำกิจกรรมประจำวัน และมีสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น -อยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
2. ผู้ป่วยและครอบครัวขาด สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เวลาผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบาย ใจ มักจะไม่ค่อยพูดคุย ให้มารดาทราบ เพราะกลัว ถูกบ่นว่า ยิ่งทำให้รู้สึก เครียดและ	-ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก นึกคิด อารมณ์ เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ -รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย ความเข้าใจ และเห็นใจ -ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่มารดา -ทำครอบครัวบำบัด เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาคือครอบครัว สมาชิกได้เปิดใจต่อกัน และรับรู้ความรู้สึก และความ ต้องการของกันและกัน - แนะนำให้หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ เกิดขัด ถ้าว้าว และ วิพากษ์วิจารณ์ - ฝึกการพูดต่อกันเชิงบวก	-ผู้ป่วยและครอบครัว ปรับพฤติกรรมในการอยู่ ร่วมกันอย่างเข้าใจ ลด ความขัดแย้งลง -สมาชิกในครอบครัว สามารถพูดคุย สื่อสาร กันอย่างเข้าใจ รับรู้และ เข้าใจในสิ่งที่คาดหวังซึ่ง ละคน -สมาชิกครอบครัวมีวิธี ผ่อนคลายความเครียดที่ เหมาะสม	-สมาชิกในครอบครัว สามารถพูดคุย สื่อสาร กันอย่างเข้าใจ รับรู้และ เข้าใจในสิ่งที่คาดหวังซึ่ง ละคน รับฟังปัญหาซึ่ง กันและกัน ได้อย่างมี เหตุผล -สภาพบรรยากาศใน ครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี ต่อกัน มีความอบอุ่น และไม่มีความขัดแย้ง เกิดขึ้น	-ผู้ป่วยเข้าใจ ความรู้สึกของมารดา ที่มีต่อตนเองมากขึ้น และ เวลาที่มีเรื่องไม่ สบายใจมีการพูดคุย ปรึกษากับมารดา มากขึ้นและพูดคุยกัน อย่างเข้าใจ -ครอบครัวมีความ เข้าใจ และแก้ไข ปัญหาร่วมกัน ได้ เหมาะสม มีเหตุผล

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
3. มีพฤติกรรมใช้ยาและสารเสพติด ได้แก่เหล้า บุหรี่ ยาบ้า เสี่ยงต่อการมี อาการทางจิตกำเริบซ้ำ	- ประเมินปัญหา สาเหตุ การใช้ยาและสารเสพติด - ทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน - สำรวจผลกระทบต่อการ ใช้ยาและสารเสพติด - สร้างแรงจูงใจในการเลิกยาและสารเสพติด - ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการเลิกยาและสารเสพติด - จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะเลิก - ประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัดประกอบด้วยกิจกรรมครอบครัวศึกษา (Family Education) เรื่อง โรคสมองติดยา วงจรการติดยา สารเคมีในสมองทำให้เกิดอาการทางจิตเวช กิจกรรมฝึกทักษะการเลิกยา - เริ่มต้น ฝึกทักษะป้องกันกำเริบซ้ำไปเสพยา	- ผู้ป่วยและสามี สำนวญพบว่าตัวกระตุ้นภายนอก คือเพื่อนนำมาขายให้ถึงบ้าน มีตัวยาแพร่กระจายในหมู่บ้าน มีเงินในกระเป๋ - ช่วงเวลาเย็นๆ ที่ว่างงาน - ไม่สามารถอดทน หรือจัดการกับความรู้สึกอยากยาได้ - ผู้ป่วยสูบบุหรี่ วันละ 20-30 มวน บางครั้งดื่มสุราและเบียร์ เสพยาบ้า	- ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาจากการไปเสพยาและสารเสพติดได้ - เข้าใจวิธีการกับตัวกระตุ้น รับรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด - รับรู้เกี่ยวกับกระบวนการติดยาและสารเสพติดที่สมอง - และพฤติกรรมความเคยชิน	- ผู้ป่วยและสามี มีแรงจูงใจและเป้าหมายที่จะเลิกยาเสพติด เข้าโปรแกรมบำบัดรักษาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และร่วมมือในกิจกรรมอย่างดี - ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัด และอบสมุนไพรรักษาทางสมุนไพรแทนน้ำช่วง 7 วันแรกที่ยุติเสพยา

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
	- นำเนื้อหาหลักสูตรความเข้มแข็งทางใจ เรื่องการจัดการกับความขัดแย้งศิลปะบนสายสัมพันธ์มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและครอบครัว - สร้างให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ลึกผูกพันทางอารมณ์ ห่วงใยซึ่งกันและกัน แสดงความสนใจ และเห็นคุณค่าต่อกัน - กำหนดขอบเขตการคบเพื่อนและฝึกทักษะการปฏิเสธที่ไม่เสียสัมพันธ์ภาพ - ฝึกทักษะการแสดงอารมณ์และการตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งเชิงบวกและลบ - ประสานงานแพทย์แผนไทย บำบัดเลิกบุหรี่ ยาฆ่าและสุรา โดยวิธีอบสมุนไพรและต้มชาสมุนไพร - การจัดช่วยลดอาการ 7 วันแรกที่เริ่มหยุด		รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน - ทำกลุ่ม self help group แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการเลิกยาและสารเสพติด เหล้า บุหรี่ ยาบ้า - ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรและต้มชาขาง - การจัดแทนน้ำไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเวลาหยุดยาเสพติด	รังจิตดื่มแทนน้ำในช่วง 7 วันแรก ทำให้สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ต่อเนื่อง และลดการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 3-5 มวน

ตาราง 5 แบบบันทึกผลการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (น.ส. โก) นามสมมติ (ต่อ)

ปัญหาที่พบ ก่อนการดูแล	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 1 (1-4 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 2 (5-8 สัปดาห์)	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการดูแลระยะที่ 3 (9-12 สัปดาห์)
	ประชุมทีมสหวิชาชีพ (ทีมดูแลผู้ป่วย) นำเสนอแผนการบำบัดสารเสพติด โดยผสมผสานแพทย์ทางเลือกเข้ามาช่วยบำบัดให้มีประสิทธิภาพ และความเห็นชอบต่อการยกเว้นค่าใช้จ่าย - ทำกลุ่ม self help group แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่สามารถเลิกได้ - ติดตามต่อเนื่อง โดยฝึกทักษะการป้องกัน การกลับมาเสพติด โดย ปรับและผสมผสานตามโปรแกรมบำบัด กายจิตสังคม (Matrix Program)			

คำนวณค่าใช้จ่ายตลอดโครงการวิจัย

ค่าใช้จ่ายในการทำโครงการวิจัย ดังนี้

1. ค่าจัดพิมพ์รายงาน	จำนวน	1,200	บาท
2. ค่าสืบค้นข้อมูล	จำนวน	1,500	บาท
3. ค่าถ่ายเอกสาร	จำนวน	1,800	บาท
4. ค่าโทรศัพท์	จำนวน	500	บาท
5. ค่าพาหนะสำหรับเดินทางเพื่อทำวิจัยจำนวน 200 บาท x 14 ครั้ง x 5 คน			
	เป็นเงิน	14,000	บาท
รวมเงินค่าใช้จ่ายของโครงการทั้งสิ้น	จำนวน	19,000	บาท
		(หนึ่งหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)	

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล	นางนพภัฏสร วิเศษ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 27 มกราคม 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดนครนายก
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี) พ.ศ. 2537-2539
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2525 - 2530 สถานีอนามัยสาริกา อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก พ.ศ. 2531 - 2537 สถานีอนามัยบ้านหนองคันจาม อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก พ.ศ. 2539 - ปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านนา หน่วยงาน จิต-สังคมบำบัด กลุ่มการพยาบาล โทรศัพท์ 037 – 381832-33 ต่อ 1530 E-mail: chan-wise@hotmail.com
ที่อยู่	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บ้านเลขที่ 11 หมู่ 8 ต. บ้านพริก อ.บ้านนา จ. นครนายก 26110