

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

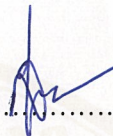
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

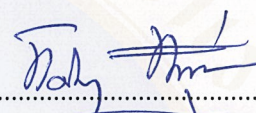
เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท


.....

นางสุภาพรณ วงศ์เสาร์

ผู้ศึกษา


.....

อาจารย์ทัศน ทวีคุณ,

Ph.D. (Nursing)

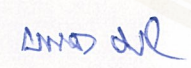
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก


.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม


.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กักดี,

พย.ค.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

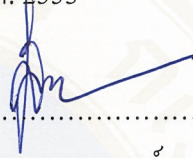
สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

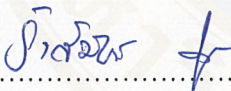
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

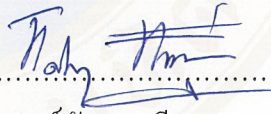
วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2553

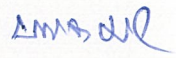

นางสุภาพรณ วงศ์เสาร์
ผู้ศึกษา

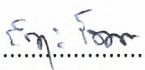

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื่อ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


อาจารย์ทศนา ทวีคูณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล


ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือจาก อาจารย์ ดร.ทัศนาทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลักและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมและกรรมการสอบสารนิพนธ์ผู้ซึ่งให้ ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำสารนิพนธ์ ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจ และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียเชื้อ ประธานกรรมการสอบ สารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.สุภาพ อารีเอื้อ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะและแนวทางในการแก้ไขสารนิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาในการพัฒนาตนเอง

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลคลองหลวง ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนทุกท่านที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคลองหลวง รวมทั้งนักศึกษารุ่นพี่ และเพื่อนๆนักศึกษาศรีอยุธยาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดสถาบัน และหน่วยงานอื่นๆที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล เอกสาร ตำราพร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา และขอบคุณบุคคลในครอบครัวที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

สุภาพรณ วงศ์เสาร์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CASE MANAGEMENT FOR PERSON WITH SCHIZOPHRENIA

สุภาพรณ วงศ์เสาร์ 4937005 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), พชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีนับว่าเป็นรูปแบบการให้การดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้ประกอบด้วยให้การดูแลที่หลากหลาย โดยมุ่งเน้นที่จะติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรงได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 13 ฐานข้อมูล รวมถึงการสืบค้นจากวารสารต่างๆด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้คือ (1) เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท (2) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงตั้งแต่ปี 2543 - 2552 (3) เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง (4) เป็นงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มได้ ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนงานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่องที่มีลักษณะตามเกณฑ์ จากนั้นผู้ศึกษานำงานวิจัยที่ได้มาทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการรายกรณี โดยพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับ ลักษณะของผู้ป่วย ทีมผู้ให้การดูแล การดูแลที่ให้ และผลลัพธ์จากการให้การดูแล ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของการจัดการรายกรณีจากงานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง สามารถจัดแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก คือ (1) Clinical Case Management model (2) Assertive Community Treatment (ACT) model (3) Intensive Case Management (ICM) model นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า การที่รูปแบบของการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปพัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการผู้ป่วยรายกรณี / จิตเภท

265 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CASE MANAGEMENT FOR PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA.

SUPAPAN WONGSAO 4937005 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Case management is widely considered to be an essential component of public mental health care for persons with schizophrenia. Case management consists of a variety of activities aimed at coordinating and ensuring the continuity and integration of services for persons with severe mental illness. The purpose of this study is to review and synthesize empirical findings of case management for persons with schizophrenia. The author systematically searched 13 electronic databases and hand-searched journals to identify evaluations of case management for persons with schizophrenia. Articles were included if they were published between 2000 to 2009, provided information about case management, and had quasi-experimental or experimental evaluation methods. Sixteen studies met the inclusion criteria. Selected studies were analyzed to assess their case management characteristics including patient characteristics, treatment teams, service delivery, and outcome measures. Results showed that the characteristics of case management from 16 studies could be divided into three types: (1) Clinical Case Management model , (2) Assertive Community treatment (ACT) model, and (3) Intensive Case Management (ICM) model. The analysis also suggested that different case management models were developed to fit the emerging needs of persons with schizophrenia. Psychiatric and mental health nurses can apply the results of this study to develop nursing guidelines for persons with schizophrenia using case management.

KEY WORDS: CASE MANAGEMENT / SCHIZOPHRENIA

265 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของการศึกษา	1
วัตถุประสงค์	6
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	
ความหมายของโรคจิตเภท	9
สาเหตุของโรคจิตเภท	10
การวินิจฉัยโรคจิตเภท	11
อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท	13
การดำเนินโรคของโรคจิตเภท	13
ผลกระทบของโรคจิตเภท	14
การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	17
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท	23
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)	
ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	28
ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	29
เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	30
ผู้รับการบำบัดรักษาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	31
รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	37
ขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	39
บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ	41
บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการจัดการรายกรณี	44
ประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ	50
บทที่ 4 ผลการศึกษา	59
บทที่ 5 อภิปรายผล	137
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	137
ข้อจำกัดในการศึกษา	143
ข้อเสนอแนะ	143
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	145
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	164
รายการอ้างอิง	182
ภาคผนวก	193
ประวัติผู้ศึกษา	265

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท	52
2	ระดับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น	56
3	รูปแบบ ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด	65
4	สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	194

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง และพบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ โดยพบว่ามีอุบัติการณ์ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003) ในประเทศไทยพบว่าข้อมูลของจำนวนและอัตราผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2540 มีจำนวน 267,693 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 520,013 ราย ในปีงบประมาณ 2545 หรือเรียกได้ว่าเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 100 ภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2547) นับว่าเป็นตัวเลขที่สูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

โรคจิตเภท มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรง อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และแม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) พบว่ามีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาแล้วได้ผลดี ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และร้อยละ 10 เจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง (Gillam, 2006) ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ ไม่สนใจอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด หรือไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ไม่เข้าสังคม ไม่ทำงาน และไม่เรียนหนังสือ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) ผลกระทบต่อครอบครัว เกิดจากผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องในการสื่อสารทำให้มีการใช้อารมณ์ในครอบครัวสูง (เพชรรัตนสาขบัว, 2544) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ส่งผลให้เกิดความเครียด อับอาย ความเศร้าเสียใจ และส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว (สุพัตรา ทองคุณ, 2545) อีกทั้งเป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่ารักษาพยาบาลที่มีระยะเวลายาวนาน

ค่าเดินทาง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ญาติอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายจนปฏิเสธที่จะดูแลผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วยในที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (หยกฟ้า บุญจิต, 2545; สุพัตรา ทองคุณ, 2545; คารณิ ตั้งตรงมิตร และสมจิตต์ ลูประสงค์, 2546) ผลกระทบต่อชุมชนนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนมีอาการทางจิตกำเริบ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัว กุ๊กกัม ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ อันอาจเป็นอันตรายกับคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนมองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลอันตราย น่ากลัว จึงหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และไม่ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน (สุพัตรา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548 ; อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภทมีการคิดสุราหรือสารเสพติด ส่งผลให้รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้ประเทศขาดขีดแรงงานจากประชากรที่อยู่ในวัยอันควร อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 28,230 บาทต่อราย (เอนก สุภรินนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ในอดีตการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ การนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช เนื่องจากมีแนวคิดถ้าผู้ป่วยอยู่ในชุมชนจะถูกรังเกียจ และอาจก่อความเดือดร้อนให้กับชุมชน ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือบางรายอาจต้องอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง (Deinstitutionalization) ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะหลัก ๆ ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และ 2) การบำบัดรักษาในชุมชน โดยการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยเรื่องอาการทางจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรจิต หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยยามักใช้

ร่วมกับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด และการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2549) ซึ่งการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมนี้พยาบาลสามารถให้การบำบัดโดยตรงกับผู้ป่วยได้ ส่วนการบำบัดรักษาในชุมชนเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบและแพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ เป็นระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Stuart & Laraia, 2005) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ (Stein & Santos, 1998) ประกอบไปด้วย 1) การบำบัดรักษา (treatment) ได้แก่ การใช้ยาทางจิตเวช (psychopharmacologic treatment) การรักษาประคับประคองรายบุคคล (individual supportive therapy) การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ (mobile crisis intervention) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization) การบำบัดสารเสพติด (substance abuse treatment) และการบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (individual/group therapy) (Stein & Santos, 1998) 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ได้แก่ การสอนทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral oriented skill teaching) การช่วยจัดหางาน (supported employment) รวมถึงการช่วยฟื้นฟูการศึกษา (support for resuming education) (Stein & Santos, 1998) 3) การช่วยเหลือสนับสนุน (support) ได้แก่ การสอนทักษะชีวิต ฝึกการทำงานอาชีพ การศึกษา การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (Nichols, 2004) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในต่างประเทศมีการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment : ACT) เริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1965 เน้นให้ดูแลแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment Association: ACTA) (Stein & Santos, 1998) เดิมเป็นแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย อาจเรียกการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบครอบคลุม (Intensive Case Management) หรือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมใช้

ได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Lehman, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (Clark, Elliott & Soldz, 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีปัญหาที่อยู่อาศัย ลำบากเรื่องการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lehman, 1999) ส่วนในประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดำเนินกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ช่วยเหลือและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้ ประกอบอาชีพการงานได้ ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สมจิตต์ ฤประสงค์ และคณะ, 2541; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548) 2) รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจร เป็นรูปแบบการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิตความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ขบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน (Appreciation Influence Control: AIC) ช่วยให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และกัลยา อันซีน, 2542) แคนนำชุมชนและญาติผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน (ชะโลม สรรพสุข, 2544) และ 3) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย และพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแตกต่างจากรูปแบบอื่นที่การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้น โดยกำหนดกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นเหมือนแผนและตารางเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานที่ดี ลดความซ้ำซ้อน ลดการทำงานแบบแยกส่วน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ซึ่งความรับผิดชอบของการดูแลรูปแบบทีมสหวิชาชีพนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) น่าจะเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการปรับปรุงรูปแบบการบริการจากการใช้เครือข่ายเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเป็นแบบการวางแผนการดูแล และจัดให้มีการบริการ

โดยตรงแก่ผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมไปถึงเทคนิคการช่วยเหลือประคับประคอง การให้ข้อมูลที่เน้นประโยชน์ และแสวงหาประโยชน์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันระหว่างผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ความต้องการในชีวิตประจำวันได้รับการตอบสนอง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสนใจของผู้รับบริการ (เขวาลักษณ์ มีบุญมาก, 2547) เป็นการจัดการบริการที่มีกระบวนการ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการประสานร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เน้นการตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2546; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าสามารถจำแนกได้ 7 รูปแบบ ได้แก่ 1)การจัดการรายกรณีเสมือนเป็นตัวแทน (Brokerage model) 2) การจัดการรายกรณีทางคลินิก (Clinical case management model) 3) การจัดการรายกรณีเชิงรุก (Assertive Community Treatment model: ACT) 4)การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive case management model: ICM) 5) การจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The strengths model) 6)การจัดการรายกรณีที่เน้นการฟื้นฟู(The rehabilitation model) และ 7) การจัดการรายกรณีทางการพยาบาล (Nursing case management model) (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ช่วยลดระยะนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดอัตราการป่วยซ้ำ(Chang & Wong, 1999) ผู้ป่วยเข้ารับบริการซ้ำในหน่วยบริการทางจิตเวชลดลง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น (Scott & Dixon, 1995; Marshall, Gray, lockwood & Green, 1998) อัตราการฆ่าตัวตายลดลง การรักษาตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อัตราขาดการรักษาลดลง (Simmonds, Coid, Joseph, Marriott, Tyrer, 2001) ทีมสุขภาพพึงพอใจในรูปแบบการดูแล (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2546)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอยู่ 7 รูปแบบ และทุกรูปแบบให้ประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบไหนดีและเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ชัดเจนและเหมาะสมในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงน่าจะมีการรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบที่ได้จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน มีความสนใจศึกษาค้นคว้าและรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2543 – 2552 ด้วยการทบทวนอย่างเป็นขั้นตอนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Base Practice : EBP) เพื่อนำงานวิจัยที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประโยชน์และผลคาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีความ ผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่

สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเชื่อมและบกพร่องด้านต่างๆ ทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; WHO, 2006)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง รูปแบบต่างๆที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ จิตแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพ และนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่ย่างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ มาใช้ในการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท ตามหัวข้อสำคัญดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.5 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท
- 1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภท
- 1.7 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

- 2.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.2 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.3 เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.4 ผู้รับการบำบัดรักษาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.5 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.6 ปัจจัยหลักของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.7 ขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.8 บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ
- 2.9 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.10 ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด ในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชาและแยกตัว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

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

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1995)

1. โรคที่มีลักษณะอาการจำเพาะอาการต่อไปนี้เพียงอาการเดียวในช่วงเวลา 1 เดือน คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด หรือขาดความกระตือรือร้น
2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยกิจกรรมด้านสำคัญของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนเจ็บป่วยอย่างเห็นได้ชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง
3. ระยะเวลามีอาการผิดปกติที่ต่อเนื่องกันนานอย่างน้อย 6 เดือน

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่า เป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะพิเศษแสดงออกถึงความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ก่อให้เกิดการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมและอารมณ์ที่อึดโดยที่ศักยภาพของจิตสำนึกและสติปัญญายังปกติดี มีความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจอันเป็นเหตุเป็นผล (cognitive) ที่ค่อยๆเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ต่อเนื่อง (WHO, 2006)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดโดยอาการจะกำเริบเป็นช่วงๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประจำวัน หน้าที่การงาน รวมทั้งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทที่ได้รับการยอมรับกันมาก ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factor) 2) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Sadock & Sadock, 2000)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ประกอบด้วย

1.1 ความผิดปกติของการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากรณีแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 33-78 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 2-8 ในขณะที่บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไปถึง 10 เท่า และในบุตรที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท บุตรมี โอกาสเป็นร้อยละ 40

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาท(neurotransmitters) มีสมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีน(dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ถ้าหากการทำงานของสารโดปามีนมากเกินไปผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองและมีอาการก้าวร้าว และในขณะเดียวกันถ้าหากมีการทำงานน้อยกว่าปกติ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรของตนเองลดลง

1.3 ความผิดปกติจากการเสื่อมสลายของระบบประสาทโดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า later ventricles มีขนาดกว้างขึ้น และพบว่าฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ในระบบลิมบิก (limbic system) มีขนาดลดลง อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ามีการไหลเวียนของโลหิตในสมอง และกลูโคสเมตาบอลิซึมลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychological factor) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้(ego) โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท (Taylor, 1994) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความตึงเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย การลงโทษคนอื่น และการแยกตัวจากสังคม เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะ

กลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร และภาวะดังที่เรียดทางด้านจิตสังคมนับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (socioculture factors) สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over involvement) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่มีสภาพสังคมที่บีบคั้นทำให้คนเป็น โรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่แน่ชัด ซึ่งอาจเกิดได้หลายปัจจัยร่วมกันดังที่กล่าวไว้ข้างต้น แต่การได้ทราบถึงปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทจะมีประโยชน์ต่อการหาแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

วินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548 : 124) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1.1 อาการหลงผิด
- 1.2 อาการประสาทหลอน
- 1.3 พูดจาสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ (Disorganized speech)
- 1.4 พฤติกรรมเรื้อรังเพื่อย วุ่นวาย หรือมีท่าทางแปลกๆ
- 1.5 อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูด เฉื่อยชา

หมายเหตุ: แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก หรือหูแว่วเสียงคุยกันเรื่องผู้ป่วย หรือแว่วเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย

2. มีความเสื่อมหรือมีปัญหาในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพมาก เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal phase หรือ residual phase

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

มีอาการชัดเจน 1 ข้อในข้อ 1-4 หรือมีอาการในข้อ 5-9 ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป มีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วย อีกทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และภาษามีความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม

- 1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง
- 2) หลงผิดคิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม
- 3) ประสาทหลอนทางหู
- 4) ความหลงผิดอื่นๆ เป็นอยู่นานไม่สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม และศาสนา

5) ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่นานอาจเป็นร่วมกับอาการหลงผิดชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์ชัดเจน หรือรู้สึกว่าคุณค่าอย่างมาก (Over-valued idea) ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน

6) มีความแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสของความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง(Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม(Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่(Neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง(Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นนานผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม (Stupor) การกระทำที่ต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่อ่อ(Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอาการซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยาโรคจิต

9) อุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงความขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หกหมุ่นในตนเอง

1.4 อาการและการแสดงของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการกำเริบได้เป็นช่วงๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะอาการและการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (Bostrom & Boyd, 2005)

1.4.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง การพูดติดตล่อสื่อสาร และพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด เนื้อหาพูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจต่อกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม ความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

1.5 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

โดยทั่วไปการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Kaplan & Sadock, 1998; Sadock & Sadock, 2000) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเดิม ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันเหไปสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปแปลกๆ อาจมีอาการระแวงนิดๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกได้ยากว่าอาการผิดปกติเริ่มตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแล้วย่อยๆ

1.5.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) มักพบว่าผู้ป่วยจะเกิดอาการทางจิตขึ้นส่วนใหญ่อาการกำเริบจะรุนแรงขึ้นเป็นพักๆ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันทางจิตใจจากอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น มีอาการหูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน และมี

พฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบแล้ว ก็อาจทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงขึ้นเป็นระยะได้

1.5.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือมีการเสื่อมลงมากกว่า ส่วนอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรกๆ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ

จะเห็นได้ว่า ลักษณะของการดำเนินโรคของโรคจิตเภทจะเป็นๆ หายๆ ตามระยะของการดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะ คือ ตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษามักอยู่ในระยะที่มีอาการทางจิตกำเริบจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือความสามารถเสื่อมลงเรื่อยๆ นั่นหมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม ครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามสภาพการเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ และป้องกันการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มว่าจะเสื่อมไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง

1.6 ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการดำเนินโรคที่เป็นไปแบบเรื้อรังและรุนแรง จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ต่อครอบครัว ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ พอสรุปได้ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดและควบคุมอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ง่วงซึม ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือกค้าง คอแห้ง เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดยา (กรมสุขภาพจิต, 2541) เกิดทราบาปที่ถูกกำหนดสังคม ผู้ป่วยมักถูกปฏิเสธ ถูกแบ่งแยก คำหิติดีเยน ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ก่อให้เกิดความอับอายและเสื่อมเสียต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท (อรรณณ วรรณชาติ, 2550) รวมถึงการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าเกิดการป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสเกิดพยาธิสภาพาวรรมากขึ้น จนผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมกาารดูแลตนเอง การแต่งกายสกปรก สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด และไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สธิต วงศ์สุรประกิต, 2542) พฤติกรรมเหล่านี้ย่อมส่ง ผลถึงด้านสังคม

และการทำงานด้วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร จังหวัดนนทบุรี ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ของทิวพร พูเพื่อง (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 75 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

ผลกระทบต่อครอบครัว

หลังจากผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการจำหน่ายสู่ชุมชน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลคือ สมาชิกในครอบครัว อาจมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยที่กลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอาจยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ญาติหรือผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความยากลำบาก ความยุ่งยากใจ และเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัวเป็นอย่างมาก ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวอาจยังต้องเผชิญกับปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ซึ่งสามารถสรุปปัญหาได้ 6 ประการคือ

1) **ปัญหาด้านเศรษฐกิจ** ผลกระทบต่อครอบครัวที่รุนแรงที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว การเจ็บป่วยจนไม่สามารถที่จะออกไปประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่จะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และญาติก็จะรู้สึกเดือดร้อนกังวลใจในระดับสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพราะญาติคิดว่าผู้ป่วยเป็นคนทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองเงินจากค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัวอื่น ๆ รวมทั้งค่าเดินทางไปรับบริการรักษา ทำให้ครอบครัวที่มีเงินน้อยอยู่แล้วต้องหมดสิ้นไป เป็นผลให้ครอบครัวก้าวไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง จึงก่อให้เกิดความทุกข์ยากในชีวิตด้านความเป็นอยู่และเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นทวีคูณ (สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ, 2540; หยกฟ้า บุญชิต, 2545; สุพัตรา ทองคุณ, 2545)

2) **ปัญหาด้านพฤติกรรมผู้ป่วย** อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดปัญหาความทุกข์และความยากลำบากต่อการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ พฤติกรรมถอยหนี การไม่เอาใจใส่ดูแลอนามัยส่วนบุคคล การไม่รับประทานยา ชอบหนีออกจากบ้าน มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง การนอนหลับๆตื่นๆหรือส่งเสียงดัง เปิดวิทยุฟังหรือพูดคุยกับตัวเองในเวลากลางคืน ความคิดหลงผิด รวมถึงมีปัญหาวงจรพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความตื่นตัวมากในเรื่องเพศ ฯลฯ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้ญาติรู้สึกสะเทือนใจ รวมถึงญาติมีความกังวลใจและหวาดกลัวผู้ป่วยที่คิดว่าอาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น นอกจากนั้นพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดหมายล่วงหน้าได้ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดความเครียดของญาติได้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเพราะที่

บ้านไม่มีที่เป็นสัดส่วนให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่โดยไม่ทำอันตรายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ ที่สำคัญคือ ครอบครัวและญาติต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นับว่าเป็นภาระที่หนักมาก และผลการศึกษาพบว่าความทุกข์ของญาติมีความสัมพันธ์สูงกับระดับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท (สุพัตรา ทองคุณ, 2545; หยกฟ้า บุญชิต, 2545; คารณิ ตั้งตรงมิตร และสมจิตต์ ลูประสงค์, 2546)

3) *ปัญหาด้านจิตใจ* จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกอับอาย กลัวเสียประวัติที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอาจนั่งท่าแปลกๆ บางคนอาจหัวเราะหรือพูดคนเดียววนๆ ผู้ป่วยบางรายมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีทำให้ร่างกายมีกลิ่นเหม็น ญาติจึงแยกหรือกักขังผู้ป่วยไว้ที่บ้าน (พหล วงศาโรจน์, 2541)

4) *ปัญหาด้านสังคมและชีวิตส่วนตัว* การดำเนินชีวิตโดยปกติของคนเราทั่วไปในสังคมนั้น ย่อมต้องแบ่งเวลาไว้สำหรับกิจกรรมส่วนตัว ตั้งแต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปจนถึงงานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ และอีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของกิจกรรมทางสังคม แต่การที่ครอบครัวและญาติต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของญาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาเพื่อตนเองหรือออกไปนอกบ้านได้ บางคนไม่มีโอกาสได้พบปะเพื่อนบ้านอื่นๆ นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น อีกทั้งญาติเกิดความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมของผู้ป่วยจนไม่สามารถเชิญแขกมาสังสรรค์ที่บ้านได้ ทำให้ญาติแยกตนเองออกมาจากสังคมและดำรงชีวิตอยู่เฉพาะสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น ผลที่ตามมาคือความคับข้องใจ รู้สึกขมขื่นที่ชีวิตต้องมาผูกติดอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทจนกว่าจะตายจากกัน (พหล วงศาโรจน์, 2541)

5) *ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว* จากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ย่อมส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของครอบครัวในทางลบ นำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียดภายในครอบครัวได้ ทำให้เกิดภาระการดูแลของครอบครัวโดยมุ่งที่การเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย อาจทำให้ละเลยความต้องการของสมาชิกคนอื่นๆ นอกจากนั้นยังพบอีกว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับพี่น้องและบิดา-มารดา คู่สมรส มีความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยจนรู้สึกเป็นอุปสรรคกับผู้ป่วย ปฏิเสธที่จะดูแลผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วยในที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (หยกฟ้า บุญชิต, 2545; สุพัตรา ทองคุณ, 2545; คารณิ ตั้งตรงมิตร และสมจิตต์ ลูประสงค์, 2546) ซึ่งความตึงเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปในทางลบ (เพชร คันธสาขบัว, 2544)

ผลกระทบต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ

สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้จะทำให้แยกตัวมากขึ้น หมกมุ่นกับความคิดของตนเองไม่รู้ว่าจะพูดหรือสื่อสารบอกความต้องการจากใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพจนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ในที่สุด โดยปัญหาที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยดำเนินชีวิตในชุมชน คือ

1. ปัญหาอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นที่เป็นข่าวปรากฏอยู่ตามสื่อมวลชนต่างๆ ซึ่งปรากฏการณ์เช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อชุมชนในลักษณะ บั่นทอนความปลอดภัยในสังคม เป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของคนในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สังคมตีตราผู้ป่วยจิตเภทว่ามีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย น่ากลัว ไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน (สุพัตรา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548; อรพรรณ วรรณชาติ, 2550) การถูกสังคมรังเกียจหรือถูกแยกออกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง สะเทือนใจ เครียด และมองว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ จึงปฏิเสธการรักษาและไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด ผลที่ตามมาคืออาการทางจิตกำเริบและกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547)

2. ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากข้อมูลระบาดวิทยาของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548) ที่ว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทมักพบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ดังนั้นหากมีผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากในประเทศ จะทำให้ขาดกำลังคนที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ รัฐเองก็ต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดเตรียมบุคลากรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และสูญเสียงบประมาณเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละปีรัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้น

1.7 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะเริ่มมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน การงาน หรือในกิจกรรมที่เคยชอบ ไม่ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติและรุนแรงขึ้นจนในที่สุดอาการของโรคปรากฏชัดเจน เช่น มีอาการหู

แหว่ หลงผิด อาการจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆมีลักษณะเรื้อรัง ร่วมกับความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ได้รับการรักษาอย่างน้อยร้อยละ 25 มีอาการดีขึ้นมาก และหากผู้ป่วยรับประทานยาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอสามารถลดการกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ได้ประมาณร้อยละ 50 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทแบ่งได้ 2 ระยะ ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และ 2) การบำบัดรักษาในชุมชน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2548) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มักเป็น ผู้ที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง หรือเป็นผู้ที่แพทย์หรือจิตแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คือ 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น 2) มีปัญหาอื่นที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงของยาอย่างรุนแรง 3) เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณี que ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา และ 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้วจะให้การรักษาผู้ป่วย 2 ด้าน คือ 1) การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ (Biological) ได้แก่ รักษาด้วยยาโรคจิต และการรักษาด้วยไฟฟ้า และ 2) การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม(Psychosocial) ได้แก่ การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด และการฝึกทักษะทางสังคม (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2548)

1.การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ (Biological) ประกอบด้วย

1.1 การบำบัดรักษาด้วยยา ยาเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภท เพราะยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมในการบำบัดรักษาทางจิตสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์เพื่อควบคุมระดับโดปามีนในสมองให้อยู่ในระดับสมดุล ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลได้อย่างชัดเจนหลังรับประทานยาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งอาการข้างเคียงที่กล่าวมานี้มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจนทำให้ขาดยาจากการตัดสินใจหยุดยาเอง แต่อาการดังกล่าวสามารถลดลงได้ด้วยการเปลี่ยนยาหรือให้ยาลดอาการข้างเคียงควบคู่กันไป การรักษาด้วยยานั้นอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ได้แก่ Haloperidol (Haldol) ขนาด 6-10 มก./วัน หรือยาอื่นที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูง เช่น diazepam 5-10 มก. กินวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึง หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการทางจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา โดยทั่วไปจะไม่ให้ Haloperidol ขนาดเกิน 20 มก./วัน

1.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.1.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาแต่ยังต้องให้ยาเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา อาจให้ยาชนิดประเภท long acting

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

โดยทั่วไปจะใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรคจิต หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบ catatonic จึงจะมีการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมไปถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา แต่ให้ผลได้ไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง การรักษาด้วยวิธีนี้มักพบว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น

2. การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะเน้นให้การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ถ้ามีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งการให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคมจะเริ่มได้ก็ต่อเมื่ออาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาลงคือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้บ้าง สื่อสารได้ดีขึ้น เป้าหมายของการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ซึ่งการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมมีดังนี้

2.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวัง ความขัดแย้ง ความกลัว และความหวาดวิตกภายหลังที่อาการทางจิตสงบแล้วจากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การทำจิตบำบัดสามารถทำได้ทั้งการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดรายกลุ่มเป็นรูปแบบที่ช่วยลดปัญหาการแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกว่ามีเพื่อนและมีคนที่เข้าใจ ช่วยฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546)

2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ขาดความกตริเริ่ม ไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์และแยกตัวอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นการบำบัดครอบครัวอย่างมากและก่อให้เกิดปฏิริยาตอบสนองต่อผู้ป่วย และเกิดความรู้สึกเป็นหน่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยถูทอดทิ้งและขาดการรักษา ทำให้อาการของโรคกำเริบได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) การทำครอบครัวบำบัดเป็นการช่วยจัดระบบของครอบครัว ด้านขอบเขตบทบาท หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน พัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร ความรู้สึกของสมาชิก ครอบครัว การรับรู้และเข้าใจความคาดหวังซึ่งกันและกัน ช่วยเสริมกำลังใจ และค้นหาศักยภาพของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา และการอยู่ร่วมกันอย่างปกติ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

2.3 กลุ่มบำบัด (Group psychotherapy) เป็นจิตบำบัดแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และฝึกทักษะทางสังคม (พันศักดิ์ วราธสวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

2.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การให้ผู้ป่วยได้ช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน การบำบัดด้วยวิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; นริวัรี พุ่มจันทร์, 2548)

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill training) ทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต แต่เป็นความบกพร่องที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เพราะพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมสูญเสียทักษะทางสังคม ดังนั้นพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจึงเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมนี้

สามารถทำได้โดยการจำลองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆทางสังคมให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ถันทนา บุญคล้าย, 2550) ช่วยให้ผู้ประกอบอาชีพได้ และเข้าสังคมได้ (อรุณี โสติดิวนิชย์วงศ์ และคณะ, 2550) ช่วยหารายได้ให้กับครอบครัว และได้รับการยอมรับจากชุมชน และสังคม (วรรณภา พลอยเถื่อน, 2550 ; ผ่อง อนันตริยะเวช, 2550)

2. การบำบัดรักษาในชุมชน

ปัจจุบันพบว่า มีการค้นพบยารักษาโรคจิตใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบอย่างรวดเร็ว ประกอบกับนโยบายการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการนอนรักษาในโรงพยาบาลที่สั้นลง และเน้นการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน(Deinstitutionalization) (กรมสุขภาพจิต, 2544 ; Worley, 1997) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากอยู่ในชุมชน จึงต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปถึงชุมชน

จากการศึกษาการบำบัดรักษาในชุมชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตสงบและแพทย์จำหน่ายให้กลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่บ้าน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Stuart & Laraia, 2005 ประกอบด้วย 1)การบำบัดรักษาด้วยยาโรคจิต (treatment) 2)การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และ3)การช่วยเหลือสนับสนุน (support) (Stein & Santos,1998)

ในต่างประเทศ พบว่ามีการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน(Assertive Community Treatment (ACT) model) เริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1965 เน้นให้ดูแลแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน(Assertive Community Treatment Association - ACTA) (Stein & Santos,1998) เดิมเป็นแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย อาจเรียกการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบครอบคลุม(Intensive Case Management) หรือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้ได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Lehman, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด (Clark et al., 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีปัญหาที่อยู่อาศัย ลำบากเรื่องการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lehman,1999) การบำบัดรักษาในชุมชนมีหลักที่สำคัญ คือ 1) ใช้ดูแลกลุ่มที่มีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลหรือป่วยซ้ำสูง 2) เน้นการบำบัดรักษา การประทับประคอง สนับสนุน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) สมาชิกในทีมสหวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ป่วย 4) อัตราส่วนของทีมผู้ดูแลต่อจำนวนผู้ป่วยอย่างต่ำประมาณ 1:10 5) เน้นการให้บริการครอบคลุมทุกด้าน 6) เน้นให้บริการผู้ป่วยในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือในคลินิก 7) ให้บริการที่มีความยืดหยุ่น 8) ให้การบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยเป็นรายกรณี 9) ให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และ 10) การดูแลมุ่งการบำบัดรักษาเชิงรุกและการกำกับดูแล (Monitoring) (Phillips et al., 2001)

ในประเทศไทย พบว่านอกจากการบำบัดรักษาด้วยยาโรคจิตแล้ว ยังมีการบำบัดที่เป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และการช่วยเหลือสนับสนุน (support) ผู้ป่วยจิตเภทร่วมด้วย โดยที่ผ่านมาระบบโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Home Health Care) 2) รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจร และ 3) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการ ดำเนินกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยมุ่งให้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ช่วยเหลือและสนับสนุนการ แก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจ วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลลัพธ์ที่พบ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมของ ครอบครัวได้ ประกอบอาชีพการงานได้ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมจิตต์ ฤประสงค์ และคณะ, 2541; จิตี เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

- รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบ วงจร เป็นรูปแบบการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิตความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในรูปแบบของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยนำขบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน (Appreciation Influence Control: AIC) สร้างแนวร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลลัพธ์ที่ พบ คือ ทำให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี ศิลเกษ และกัลยา อันชื่น, 2542) แก่นนำชุมชนและญาติผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน (ชะโลม สรรพสุ, 2544) ภาระการดูแลผู้ป่วย ของญาติลดลง ญาติรู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (กนกพร แก้วเที่ยง และคณะ, 2544) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น (รัตติยา ทองแสง, ตรีณิ คขพรหม และจิรัชกุล ณัฐรังสี, 2544)

- รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบที่ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประเทศไทยเริ่มนำรูปแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยฝ่ายภายในปี พ.ศ.2541 หลังจากนั้นโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นรณครินทร์ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลและขยายสู่ชุมชน การจัดการผู้ป่วย รายกรณีแตกต่างจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตรงที่มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทีมสหวิชาชีพ

ร่วมกันจัดทำขึ้น โดยกำหนดกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นเหมือนแผนและตารางเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อน ลดการทำงานแบบแยกส่วน โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพและทำหน้าที่ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่การดูแลที่บ้านนั้นมีการจัดทำโดยแต่ละวิชาชีพจะวางแผนให้บริการตามหลักการของวิชาชีพ ทีมไม่ได้จัดทำแผนการดูแลร่วมกัน จึงอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ไม่มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดต่อประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการและติดตามประเมินผลของแต่ละวิชาชีพ และจากการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการทางจิตสงบ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าสังคมได้ ลดการถูกล่าม้าง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998) ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย (จีลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวช (psychiatric nursing) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่เหมาะสมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย ตลอดจนมีแนวทางการป้องกันและการบำบัดรักษาจากการประยุกต์ความรู้ แนวคิดทางศาสตร์และศิลป์เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก (Stuart & Laraia, 2005) โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย, 2548) โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาผู้ป่วยในด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางบวก มีแบบแผนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่น่าพอใจ และสามารถกระทำบทบาทต่างๆในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Taylor, 1994) ดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้นานที่สุดโดยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นการบริการที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือทั้งที่ตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค (สุระพรรณ พนมฤทธิ์, 2543)

และเมื่อนำมาปฏิบัติเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวางแผนการจำหน่ายที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสมนั้นจะประกอบไปด้วย การสอน การให้คำแนะนำ เทคนิคต่างๆ ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และ 2) การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่ต้องให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเน้นให้การดูแลแบบองค์รวม ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล เริ่มจากการประเมินปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการให้การพยาบาลผู้ป่วยในการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องยึดแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ควรประเมินในเรื่องต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สยามจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536; มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยนิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย, 2548; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2545)

1.1 การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตซึ่งประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การขับถ่าย แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น

1.2 การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การประเมินลักษณะที่ปรากฏ (general appearance) เช่น ด้านการแต่งกาย การเคลื่อนไหว การแสดงสีหน้า ด้านการพูดและกระแสคำพูด (speech and stream of talk) เช่น ความดังของการพูด ความผิดปกติของการพูดและกระแสคำพูด เป็นต้น ด้านอารมณ์และพฤติกรรม (mood/behavior) เช่น ความสอดคล้องของอารมณ์ ภาวะของอารมณ์ปัจจุบัน ด้านพฤติกรรม เช่น ต่อต้าน คุณคาม ก้าวร้าว ด้านการรับรู้ (perception) เช่น ประสาทหลอน ด้านความคิด (thought) เช่น กระแสความคิด เนื้อหาความคิด ด้านการรับรู้ภาวะตนเองและสิ่งแวดล้อม (sensorium) เช่น การรับรู้สภาวะตนเอง การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ด้านความจำ (memory) เช่น ความจำเฉพาะหน้า ความจำในปัจจุบัน ด้านการตัดสินใจ (judgment) ดีหรือไม่ดี ด้านการหยั่งรู้ (insight) เช่น การยอมรับการเจ็บป่วย การรับประทายตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด

1.3 การประเมินสถานะทางสังคม เช่น การประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและไว้วางใจ สถานะของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว เป็นต้น

1.4 การประเมินด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย สิ่งยึดเหนี่ยว/ที่พึ่งทางใจขณะเจ็บป่วย ค่านิยมของผู้ป่วย

1.5 การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของญาติ ประกอบด้วย การประเมินต่อไปนี้ เช่น ความรู้สึทกของญาติในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา เป็นต้น (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2546; ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2541)

1.6 การประเมินแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม สถานพยาบาลใกล้เคียง เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลรฐบาล โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

1.7 การให้การพยาบาลโดยผสมผสานการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วย คำแนะนำ และการให้ความรู้ต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหานั้นๆเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำประกอบด้วย การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537; กรมสุขภาพจิต, 2541) ดังนี้

1.7.1 การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำโดยการฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้น โกนหนวดเคราสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นต้น

1.7.2 การรับประทานอาหารสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดไม่มีอาหารแสลงให้ครบอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน รับประทานอาหารตรงตามเวลาและปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลียงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารสุกๆ ดิบๆ เครื่องดื่มมีนเมา เป็นต้น และก่อนรับประทานอาหารควรล้างมือก่อนทุกครั้งและควรรับประทานอาหารผักและผลไม้ให้มากๆเพื่อป้องกันปัญหาท้องผูก

1.8 การเฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพย์สินขณะอยู่บ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2541) สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ ฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น การจัดการกับอาการหรือบรรเทาอาการเตือนโดยการหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้มีอาการคิดฟุ้งซ่าน หรือการรับประทานยานอน

หลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.10 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์, 2540) เนื่องจากหัวใจสำคัญของการรักษาผู้ป่วย คือ การรับประทานยาที่ถูกต้อง พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำญาติในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ดังนี้ 1) พยาบาลอธิบายชนิด ขนาด เวลา และวิธีการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตือนและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และ 3) ญาติควรจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานแต่ละครั้ง การเตือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานยารักษาโรคจิตเภทโดยการให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา (Kaplan & Sadock, 1998; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

บทบาทของพยาบาลนอกจากจะให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ข้างต้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้แล้ว พยาบาลยังมีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลด้วยการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ กลุ่มบำบัด (group therapy) การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และครอบครัวบำบัด (family therapy) (นิวีวรรณ ตัฒยธรรม, 2541; อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2545)

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผ่านการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล และผสมผสานเข้ากับการวางแผนจำหน่ายที่ส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการให้ความรู้ การให้คำแนะนำในการดูแลขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่บ้านได้ โดยเน้นความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่มีการวางแผนการดูแล กระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองต่อความต้องการของคนไข้

2. การพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ใช้ระยะเวลานานในการรักษา รวมทั้งอาจมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนญาติจึง

เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์, 2540กรมสุขภาพจิต, 2541)

2.1 การดูแลกิจวัตรประจำวัน สังเกตความบกพร่องในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการแต่งกาย เช่น ความสะอาดของร่างกาย ผอมมีเหา ผมหงอกและหนวดยาวรุงรัง ปากและร่างกายมีกลิ่นเหม็น โรคผิวหนัง เช่น หิด กลาก และเกลื้อน การแต่งกายไม่เหมาะสม เช่น เสื้อผ้าสกปรก สวมเสื้อผ้าหลายชั้น หรือสวมกลับด้าน เป็นต้น

2.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้เหมาะสม โดยผู้ดูแลอาจต้องคอยเตือนให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน ตัดเล็บ จัดเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดให้พร้อม ช่วยทำหรือสอนวิธีการ หรือให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยภูมิใจและทำได้

2.3 การดูแลการรับประทานอาหาร ญาติควรสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมแยกตนเอง หรือซึมเศร้าจะมีความอยากอาหารน้อยลง จึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารบ่อยครั้งขึ้น หรืออาจเพิ่มอาหารเสริม เช่น นมสด ผลไม้ หรือขนมระหว่างมื้อ กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารบ่อยครั้งหรือครั้งละมากเกินไป ควรจัดเตรียมอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบมากกว่าแป้งหรือไขมัน และกระตุ้นให้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมน้ำหนัก

2.4 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนเมื่ออยู่ที่บ้าน ญาติควรสังเกตอาการการนอนของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนได้น้อย มักเดินไปเดินมา ดังนั้นญาติควรมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยเรื่องการนอนหลับ ดังนี้ (ทูลลา บุญผาสงข์, 2545; Jackson, Smith, and McGorry, 1990)

2.4.1 ช่วงกลางวันควรให้ผู้ป่วยทำงานหรือทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น รดน้ำต้นไม้ หรืองานอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย และหลับได้ในเวลากลางคืน

2.4.2 พยายามไม่ให้หลับกลางวัน หากง่วงมากอาจให้หลับในช่วงบ่ายได้ แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง

2.4.3 ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่กระตุ้นประสาททำให้ไม่หลับ

2.4.4 กำหนดให้ผู้ป่วยเข้านอนตามเวลาที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง และเมื่อเข้านอนแล้ว 30 นาทียังไม่หลับควรบอกญาติให้รับทราบถึงปัญหา

2.4.5 ถ้านอนหลับไม่เพียงพอานเกิน 3 วัน ควรปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน

2.5 การให้ความรู้และคำแนะนำญาติในการสังเกตและเฝ้าระวังอาการที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินขณะผู้ป่วยอยู่บ้าน (จินตนา ถีละไกรวรรณ, 2542) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 ญาติควรสังเกตพฤติกรรมหรือคำพูดที่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น ผู้ป่วยอาจทำลายทรัพย์สินหรือทำร้ายบุคคลอื่น ตามอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ตาขวาง พูดจาข่มขู่ สะสมของมีคม หรืออาจทำร้ายตนเองจนกระทั่งพยายามฆ่าตัวตาย พูดถึงตนเองในด้านลบบ่อยๆ สีหน้าซึมเศร้า แยกตัวออกมาขึ้น บางรายอาจพูดลักษณะการสั่งลา

2.5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการจัดเก็บยา สารเคมี และอุปกรณ์ที่มีคมทุกชนิด รวมถึงเชือก ผ้า และวัตถุที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้เป็นอาวุธ เช่น ผ้าขาวม้า เชือกผูกรองเท้า ค้อนตอกตะปู เป็นต้น

2.5.3 การจัดการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การสื่อสารโดยใช้คำพูดกับผู้ป่วย การเรียกชื่อผู้ป่วยก่อนเข้าถึงตัวหรือการไม่ได้ตอบด้วยอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และหากสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ควรปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือ

2. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นบริการที่มีการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือ มีการวางแผน การดูแลตามสภาพปัญหาและความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Cohen, 1996)

2.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เขาวลัทธิ มินูญมาก (2547) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่าเป็นการปรับปรุงรูปแบบการบริการจากการใช้เครือข่ายเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเป็นแบบการวางแผนการดูแล และจัดให้มีการบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมไปถึงเทคนิคการช่วยเหลือประคับประคอง การให้ข้อมูลที่เน้นประโยชน์และแสวงหาประโยชน์อื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นความสัมพันธ์ที่ให้เกิดอิทธิพลกันระหว่างผู้จัดการรายกรณีกับผู้รับป่วย เพื่อช่วยให้ความต้องการในชีวิตประจำวันได้รับการตอบสนอง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสนใจของผู้รับบริการ

จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่าเป็นการจัดบริการที่มีกระบวนการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เน้นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2544) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่าเป็นระบบหนึ่งของการให้บริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองต่อความต้องการของคนไข้

Cohen (1996) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่า เป็นระบบการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เกิดจากการประสานความร่วมมือด้านระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายและทรัพยากรที่มีจำกัด

Powell (1996) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่า เป็นการจักระบบบริการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นการจัดการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ และส่งเสริมพลังอำนาจของพยาบาลให้มีการประสานการปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

American Nurses' Association : ANA (1998) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ว่า เป็นกระบวนการจัดการบริการด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการดูแลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย

โดยสรุป การจัดการรายกรณี หมายถึง การจัดการการดูแลโดยการร่วมมือของการบริการต่างๆที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย การประเมินการจัดให้บริการ การร่วมมือบริการและการเฝ้าระวังติดตามการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลทางสุขภาพที่เหมาะสม

2.2 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี(Case management) พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ.1860 เป็นรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบง่ายๆ เน้นให้บริการแก่คนยากจนและผู้อพยพ มีการพัฒนาด้านการให้บริการและการติดต่อสื่อสารประสานงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อมาในปี ค.ศ.1920 มีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในบริการสุขภาพจิตเป็นครั้งแรกโดยนักสังคมสงเคราะห์นำไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน และในปีค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุขได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยราย

กรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ โดยเน้นให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวช (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) สำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประเทศไทยเริ่มต้นจากแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ที่มุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จึงเกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของ Patient Care Team (PCT) (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ในปี พ.ศ. 2541 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้การจัดประชุมนำเสนอผลงานขึ้น โรงพยาบาลหลายแห่งได้มีการนำเสนอผลงานในลักษณะของแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) ในผู้ป่วยฝ่ายกายทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพในลักษณะสหสาขา ต่อมาได้มีการพัฒนามาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และขยายการดูแลไปสู่ชุมชน หลังจากนั้นโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆจึงได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทกันอย่างแพร่หลาย

2.3 เป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเป้าหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า มีเป้าหมายดังต่อไปนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543; Zander, 1990 ; Worley, 1997;)

2.3.1 เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานที่ดีของทีมนสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และให้การบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ใน DRGs หรือเร็วกว่า

2.3.2 เพื่อมุ่งเน้นการจัดการการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความสูญเสียของเวลา แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็นซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่าย โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่ถูกกำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร

2.3.3 เพื่อเพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพ การงานได้มีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจในระบบบริการที่ได้รับ ทีมผู้ให้บริการพึงพอใจในผลงาน

2.4 ผู้รับการบำบัดรักษาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มเป้าหมายของผู้ให้บริการการจัดการรายกรณีส่วนใหญ่ เป็นผู้ให้บริการในการป้องกันระดับตติยภูมิ นั่นคือผู้ป่วยที่มีประวัติมีปัญหาด้านจิตและรักษามาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง ขณะนี้มีอาการสงบและกลับมาอยู่ในชุมชน หรือเป็นระยะต้องการฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนั้นรวมถึง ผู้ป่วยที่ต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล คือผู้ป่วยจิตเวชที่พักรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินและบริการวิกฤติ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้บริการอื่นๆในชุมชน เช่น ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตและไร้ที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง กลุ่มเด็กและครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านจิต ผู้ต้องหาคดีอาชญากรรมที่ป่วยทางจิต บุคคลที่มีการป่วยโรคจิตเวชร่วมกับสารเสพติด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาการป่วยนานตั้งแต่ 3-13 ปีขึ้นไป กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป หรือมารับการรักษาซ้ำมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา 3 ครั้งขึ้นไป มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา มีประวัติใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นหรือทำร้ายตนเอง ถูกญาติทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหากับสังคมและชุมชน ไม่มีพ่อกาพย์ ถูกล่อลวง (ปราชญ์ บุญวงษ์ศิริโรจน์ และคณะ, 2546 ; วิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์, สมจิต แคนสีแก้ว, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2549; สันติชัย นัจจิตรชื่น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2551; Worley, 1997)

2.5 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่ามีอยู่ 7 รูปแบบ ได้แก่ 1) การจัดการรายกรณีเสมือนเป็นตัวแทน (Brokerage model) 2) การจัดการรายกรณีทางคลินิก (Clinical case management model) 3) การจัดการรายกรณีเชิงรุก (Assertive Community Treatment model: ACT) 4) การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive case management model: ICM) 5) การจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The strengths model) 6) การจัดการรายกรณีที่เน้นการฟื้นฟู (The rehabilitation model) และ 7) การจัดการรายกรณีทางการพยาบาล (Nursing case management model) มีรายละเอียดดังนี้

2.5.1 การจัดการรายกรณีเสมือนเป็นตัวแทน (Brokerage model) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใช้ในระยะแรกๆ และเรียกได้ว่าเป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบนี้มุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย (Mueser et al., 1998) เป็นการ

จัดการรายกรณีภายหลังประเมินความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้บริการแล้วจัดการติดต่อประสานงาน เพื่อส่งต่อให้ได้รับบริการเหล่านั้น ได้แก่ การจัดหาที่พักอาศัย การบำบัดที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพ การจัดการด้านการเงิน การฝึกอาชีพและทักษะทางสังคม และการจ้างงาน หลักการในการจัดการรายกรณีแบบนี้ เน้นที่การช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง มากกว่าการให้บริการตามรูปแบบเดิมๆ ที่วางไว้ หรือการให้บริการโดยตรง (Worley, 1997 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

อย่างไรก็ตาม การจัดการรายกรณีแบบนี้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ซึ่งต้องการการจัดการที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้จัดการมีลักษณะแสวงหาการบริการอย่างสามารถเป็นตัวแทนของผู้ใช้บริการได้และใช้ทักษะเชิงรุกอย่างแข็งขัน มีบทบาทในการจัดการเรื่องต่างๆ ตามความสนใจของผู้ใช้บริการ เชื่อมโยงกับแหล่งบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้จัดการไม่จำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านวิชาชีพการดูแลผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้จัดการสามารถรับผิดชอบเป็นตัวแทนให้ผู้ให้บริการจำนวนมาก เช่น 50 รายหรือมากกว่า จึงจำเป็นต้องมีสำนักงานเป็นหลักแหล่ง เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน หน่วยงานสุขภาพจิต หน่วยบริการของโรงพยาบาล กรณีนี้ผู้จัดการรายกรณีไม่จำเป็นต้องติดต่อกับผู้ใช้บริการโดยตรง (Askey, 2004 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.5.2 การจัดการรายกรณีทางคลินิก (Clinical case management model)

รูปแบบการจัดการรายกรณีทางคลินิก มีปรัชญาแนวคิดแตกต่างจากแบบเสมือนเป็นตัวแทน เนื่องจากการจัดการรายกรณีทางคลินิก เน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้จัดการรายกรณี ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแบบของพฤติกรรมสุขภาพดี การให้การดูแลโดยตรงมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการ การจัดการรายกรณีทางคลินิกจึงต้องจัดให้เหมาะสมถูกต้องตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการมากที่สุด เป็นกระบวนการทางคลินิก หรือส่วนหนึ่งของการบำบัด รูปแบบการจัดการรายกรณีทางคลินิกนี้เสมือนเป็นพาหนะที่ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีการพัฒนาสภาพจิตภายในอย่างเหมาะสม การจัดการรายกรณีทางคลินิก ประกอบด้วย การเข้าไปจัดการประเมินและวางแผนการประเมิน การปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ ในเรื่องของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต การดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยา การจัดการภาวะวิกฤติ การบำบัดทางจิต การฝึกทักษะทางสังคม การดูแลด้านที่อยู่อาศัย ผลประโยชน์ต่างๆ สุขภาพกาย อาชีพการงานและกิจกรรมอื่นๆ (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

นอกจากความแตกต่างของแนวคิดของการจัดการรายกรณีทางคลินิกที่แตกต่างจากรูปแบบการจัดการรายกรณีเสมือนเป็นตัวแทนแล้ว ลักษณะของผู้จัดการรายกรณีทางคลินิกยังแตกต่างด้วย กล่าวคือ ผู้จัดการมีทักษะการจัดการทางคลินิก มีการศึกษาและประสบการณ์

ที่ส่งผลทำให้การจัดการรายกรณีมีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ให้บริการคงไว้ซึ่งการดูแล ได้รับการบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการรายกรณีทางคลินิกควรเป็นผู้บำบัดที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่าการจัดการรายกรณีทางคลินิก เป็นการปฏิบัติเพื่อการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตวิธีหนึ่งซึ่งต้องการทักษะความเชี่ยวชาญที่มีขอบเขตกว้างขวาง (Worley, 1997 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551) ภาระของการจัดการรายกรณีแบบนี้ สามารถดูแลผู้ให้บริการจำนวนมากได้เช่นกัน

2.5.3 การจัดการรายกรณีเชิงรุก (Assertive Community Treatment

mode: ACT) การจัดการรายกรณีเชิงรุก เน้นการทำงานในลักษณะการนำแนวคิดจากหลากหลายวิชาชีพมาเป็นหลักของการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมคณะทำงาน เพื่อให้การจัดการดูแลผู้ให้บริการอย่างครอบคลุม การฟื้นฟูและสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้เพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Stein & Test, 1980) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นคณะทำงานที่มีความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ ต่อความต้องการที่ซับซ้อน ของผู้ให้บริการกลุ่มหนึ่ง ที่มีปัญหาทางจิตรุนแรง ต้องการการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง แต่มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการหรือมีปัญหาอุปสรรคต่อการดูแลหรือรักษาไม่ได้ผลดี (Graley-Wetherell & Morgan, 2001 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551) การบริการของการจัดการรายกรณีเชิงรุก การทำงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 อยู่ในชุมชน เป็นการจัดการบริการในลักษณะต่อเนื่อง มีบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแต่ละกรณีซึ่งให้บริการตลอดเวลา 24 ชั่วโมงทุกวันอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การบำบัดเรื่องยาจิตเวช การจัดการกับอาการ การบำบัดทางจิต การแก้ปัญหาความเป็นอยู่ การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติผู้ดูแล และการบริการจัดการดูแลเมื่อมีภาวะวิกฤติ (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

สมาชิกของคณะทำงานประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักจิตวิทยา การติดต่อกับผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและเป็นการดูแลลักษณะเป็นองค์รวม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอังกฤษ นิยมใช้การจัดการรายกรณีแบบนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน มักไม่เดินทางมารับการรักษาที่คลินิก และการบริการต่างๆสำหรับผู้ป่วยจิตเวทยังมีข้อจำกัด ภาระงานของคณะทำงาน อัตราส่วนของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่ต่ำกว่าการจัดการรายกรณีสองรูปแบบที่กล่าวมา คือ จำนวนผู้ป่วยประมาณ 8-12 คนต่อเจ้าหน้าที่หนึ่งคน (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

ผลการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีเชิงรุกนี้ เน้นที่การมีที่อยู่อาศัย ความเป็นอยู่ อาหารการกิน การมีงานจ้างและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ถึงแม้ผลลัพธ์ด้านอาการทางจิตจะได้ผลดี คือมีอาการลดลง แต่การตรวจสภาพจิตและการทำหน้าที่ทางสังคม ยังมีการประเมินไม่ชัดเจนและไม่เห็นผลลัพธ์ที่สามารถอ้างอิงได้ เช่นเดียวกันการศึกษาในเรื่องของ

ความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากการจัดการรายกรณีเชิงรุกนี้ ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย (Mueser et al., 1998 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551) การศึกษาบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การจัดการรายกรณีเชิงรุกนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ในด้านดี เช่น เพิ่มการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การลดจำนวนวันของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา เพิ่มความสะดวกในการมีที่พักและอาหาร การจ้างงาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Smith & Newton, 2007 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.5.4 การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive case management model): ICM การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น) เป็นรูปแบบการดูแลเข้มข้นเหมาะสำหรับใช้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือหรือทำแทนให้ โดยทีมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ ซึ่งปัจจุบันการดูแลในรูปแบบนี้คล้ายคลึงกับรูปแบบ ACT (Mueser et al., 1998) เป็นการรวมกันของลักษณะที่ดีที่สุดของการจัดการรายกรณีแบบเสมือนเป็นตัวแทนและแบบทางคลินิก และเน้นการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยตามธรรมชาติ การทำงานในรูปแบบนี้มีอัตราส่วนของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่ต่อผู้ใช้บริการในอัตราสูง จำนวนผู้ใช้บริการไม่เกิน 10-15 รายต่อผู้จัดการรายกรณีหนึ่งราย ซึ่งต้องรับผิดชอบผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมงในการทำงานเชิงรุกรวมทั้งการบำบัดรักษาในชุมชน ทำให้ค่าใช้จ่ายของรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าแบบอื่นๆ จึงมักใช้กับกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลที่รุนแรง มีบันทึกการรักษาที่ไม่ได้ผลทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยฉุกเฉิน (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

การทำงานในรูปแบบนี้เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมคณะทำงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 88 สมาชิกของคณะทำงานเป็นพยาบาลจิตเวช การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นแตกต่างจากรูปแบบเสมือนเป็นตัวแทนและทางคลินิก กล่าวคือ ส่วนใหญ่ของการดูแลรักษา การฟื้นฟู และหน้าที่ต่างๆ ในการจัดการรายกรณีเป็นหน้าที่ของทีมการรักษา ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการฟื้นฟูด้านอาชีพ ด้านกายภาพบำบัด ด้านการพยาบาล ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านจิตเวช ทีมการรักษาให้การบำบัดทางคลินิก เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง การจัดการกับภาวะวิกฤติ การจัดการเรื่องยา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับอาการ การดูแลติดตามเรื่องยา ทักษะการจัดการกับปัญหา การส่งเสริมกิจกรรมงานอาชีพและสันติภาพ (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้จัดการรายกรณีแบบเข้มข้น เนื่องจากการจัดการรายกรณีรูปแบบนี้ต้องการการดูแลมากกว่าการดูแลจัดการทางคลินิกทั่วไปในเรื่องการประเมินความต้องการพยาบาล การวินิจฉัยเบื้องต้น เช่น การตรวจสภาพจิต และการสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติในทางจิตเวช การบำบัดในการจัดการรายกรณี เน้นที่การรักษาด้วยยาจิตเวช รวมทั้งการ

ติดตามเฝ้าระวังอย่างรอบคอบในการบำบัดด้วยยาจิตเวช ในเรื่องประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียงของยาและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา ส่งผลถึงการเกิดการป่วยซ้ำ และหนึ่งในสามของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาไม่ร่วมมือในการรักษา พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและจัดให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย ปัจจัยนำไปเกิดโรค และการจัดการกับอาการ นอกจากนั้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเสมือนเป็นตัวแทนนั้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านจิตเวช ส่วนในรูปแบบการจัดการรายกรณีทางคลินิก พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เป็นผู้ให้การบำบัดทางจิต และการบำบัดด้วยยาจิตเวช ซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง สำหรับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น พยาบาลจิตเวชมีคุณค่าในการเป็นผู้สอนผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะในการประเมินและวินิจฉัย รวมทั้งการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.5.5 การจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The strengths model) เป็นรูปแบบการดูแลอย่างใกล้ชิดที่มีหลักพื้นฐาน 6 อย่าง ได้แก่ 1) มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2) มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย 3) มุ่งเน้นการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก 4) ใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย 5) เป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ใช่ในสำนักงาน และ 6) เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาอาการทางจิตให้ดีขึ้น (Mueser et al., 1998) การจัดการรายกรณีรูปแบบนี้จึงเน้นที่การสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ใช้บริการ พลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มอำนาจในส่วนของบุคคล ระหว่างบุคคลหรือทางารเมือง เพื่อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมในการปรับปรุงสถานการณ์ชีวิตของตน (Guiterrez, 1990 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551) ซึ่งมีผู้ได้แย้งว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ เช่น พยาบาล หรือแพทย์ในการสร้างความเข้าใจความตึงเครียดหรือปัญหาหรือข้อจำกัดของผู้ใช้บริการ และนำไปให้เกิดการสร้างสรรคตนเองในการผ่านข้อขัดแย้งของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรวิชาชีพนั้น (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

ความเข้าใจพื้นฐานของการจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย สองประการ คือ ประการแรก บุคคลสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตประจำวันได้ เมื่อสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและใช้ให้ตรงกับศักยภาพของตน ประการที่สอง คือ พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เป็นการทำหน้าที่ของแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่มีอยู่ ผู้ใช้บริการต้องการแหล่งช่วยเหลือเช่นเดียวกับทุกคนในการจ้างงาน การศึกษา การจัดหาที่อยู่อาศัย การดูแล

สุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัวและทางสังคม ดังนั้น การจัดการรายกรณีในลักษณะนี้ ควรเน้นที่การจัดให้ผู้ให้บริการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ เหล่านี้ และเน้นที่การสร้างเสริมความเข้มแข็ง มากกว่าการมองหาข้อบกพร่องของผู้ให้บริการ การให้การบำบัดหรือความช่วยเหลือต่างๆ ควรให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผนและร่วมมือกันปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดผลสำเร็จ และพึงพอใจของผู้ใช้บริการมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

หลักการของการจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ เน้นที่ความเข้มแข็งหรือจุดเด่นของผู้ใช้บริการมากกว่าพยาธิสภาพของโรค ความสัมพันธ์ของผู้ใช้บริการและผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญในการประสบความสำเร็จ กิจกรรมการช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับการร่วมตัดสินใจพิจารณาของผู้ใช้บริการ ชุมชนเป็นแหล่งที่มีการช่วยเหลือไม่ใช่เป็นอุปสรรค พื้นที่การดูแลผู้ป่วยอยู่ในชุมชนไม่ได้อยู่ที่คลินิก การมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคคลได้ และการทำงานเน้นลักษณะงานเชิงรุก (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.5.6 การจัดการรายกรณีที่เน้นการฟื้นฟู (The rehabilitation model)

การจัดการรายกรณีในรูปแบบนี้คล้ายคลึงกับการจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The strengths model) (Mueser et al., 1998) เน้นที่ความปรารถนาของผู้ใช้บริการเป็นหลัก มีการวางแผนการฟื้นฟูอย่างครอบคลุมตามการประเมิน และตั้งเป้าหมายของผู้ใช้บริการในรูปแบบนี้เป็น การจัดการรายกรณีที่ค้นหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ และพยายามหาแนวทางการช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงแก้ไขความบกพร่องให้ดีขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ส่งเสริมการใช้ชีวิตที่เป็นอิสระและมีอำนาจในตัวเอง (รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.5.7 การจัดการรายกรณีทางการพยาบาล (Nursing case management model)

การจัดการรายกรณีทางการพยาบาล เป็นการผสมผสานระบบของการจัดการรายกรณีในลักษณะที่เป็นเครือข่าย ที่ได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า คุ่มทุน ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วย (acute care) การพยาบาลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและระยะสุดท้าย (home hospice) และหน่วยการพยาบาลเคลื่อนที่ (ambulatory care) ผู้จัดการรายกรณีคือพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จัดการประสานความร่วมมือในการพยาบาลตามหน่วยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของเครือข่าย ผู้จัดการรายกรณีหนึ่งคน มีภาระหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวน ประมาณ 40 ราย แบ่งเป็น จำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 10 ราย และในชุมชน จำนวน 30 ราย รวมทั้งดูแลในการส่งต่อระหว่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยและในชุมชนและในทางกลับกัน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบร่วมมือประสานกับทีมสหวิชาชีพและองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ตามแผนการดูแล การดูแลผู้ป่วยลักษณะนี้มีข้อดีที่สำคัญ คือ พยาบาลได้

ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวจากการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงเมื่อกลับเข้าอยู่อาศัยในชุมชน การศึกษาพบว่าสามารถลดจำนวนวันที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (Ethridge, 1991 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551)

2.6 ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจะประสบความสำเร็จและมีคุณภาพ ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ดังนี้ (ยูดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ, 2543; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.6.1 การประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล(Multidisciplinary Team) ซึ่งการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นมิได้หมายถึงเฉพาะการประสานงาน (Coordination) หรือการรายงาน (Report) เท่านั้น แต่จะหมายรวมถึงความร่วมมือร่วมใจวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรในทีม เพื่อให้การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

- การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ เพื่อกำหนดแนวทางและรูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

- การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังต้องเตรียมระบบงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ระบบคุณภาพ กิจกรรมคุณภาพ เช่นการจัดการทรัพยากร (Utilization Management) หรือทบทวนการใช้ทรัพยากร (Utilization review)

- การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่และตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้กำหนดขึ้นร่วมกัน

2.6.2 แผนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย

- แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway)เป็นเอกสารย่อๆเพื่อแสดงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพตามช่วงเวลาต่างๆตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยที่เขียนไว้ล่วงหน้าในรูปของมาตรฐานที่มีลักษณะเฉพาะคือมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของผู้ป่วย โดยจะระบุผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดระยะเวลา (timeline) ตามลำดับของการดูแลที่เกิดขึ้น แผนการดูแลล่วงหน้านี้เกิดจาก

ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลอย่างครอบคลุม มีรายละเอียดของวิธีการประเมินสภาพผู้ป่วย และการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งแผนการดูแลล่วงหน้าในแต่ละโรงพยาบาลจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆที่เหมือนกัน 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ International Classification of Diseases(ICD) หรือ Diagnosis Related Groups (DRGs) และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay : ELOS)

ส่วนที่ 2 ชื่อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหา ร่วม (collaborative problems) ซึ่งแสดงปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบคลุมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีเฉพาะผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลหรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ล่วงหน้าทำให้ผู้ให้บริการมีเป้าหมายในการดูแล

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆ หรือกลุ่มโรคนั้นๆในแต่ละช่วงเวลาซึ่งอาจเป็นวันหรือสัปดาห์ ได้แก่ การประเมินสภาพ การสอน การให้การปรึกษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การบำบัดรักษา การปฏิบัติการพยาบาล โภชนาการ สาย ท่อ การตรวจต่างๆการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และการวางแผนการจำหน่าย

- การวิเคราะห์ความแปรปรวน(Variance Analysis) คือการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงว่ามีความแตกต่างไปจากที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลหรือไม่ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่าความแปรปรวน(Variance) เมื่อพบความแตกต่างต้องมีการจดบันทึกความแปรปรวน รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแปรปรวน จากนั้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการให้ทีมสหวิชาชีพได้รับข้อมูลและร่วมกันวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติรวมถึงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย เช่น สาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดจากผู้รับบริการ ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพหรือภาวะสุขภาพที่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษา หรือกรณีสาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดจากทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลช้ากว่าที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลเนื่องจากทีมผู้ดูแลมีภาระงานอื่นๆ ซึ่งการวิเคราะห์ความแปรปรวนนี้จะทำให้มีข้อมูลหรือหลักฐานในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพต่อไป

2.6.3 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าผู้ทำบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยส่วนใหญ่

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ (Powell, 1996) พยาบาลที่สามารถทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ควรจะมีคุณสมบัติดังนี้ คือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีทักษะการดูแลขั้นสูง มีภาวะผู้นำ (Cohen & Cesta, 2001) สำหรับต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่ทำบทบาทหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เหมาะสมมากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งส่วนใหญ่จบปริญญาโทหรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinician Nurse Specialist) สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี

2.7 ขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

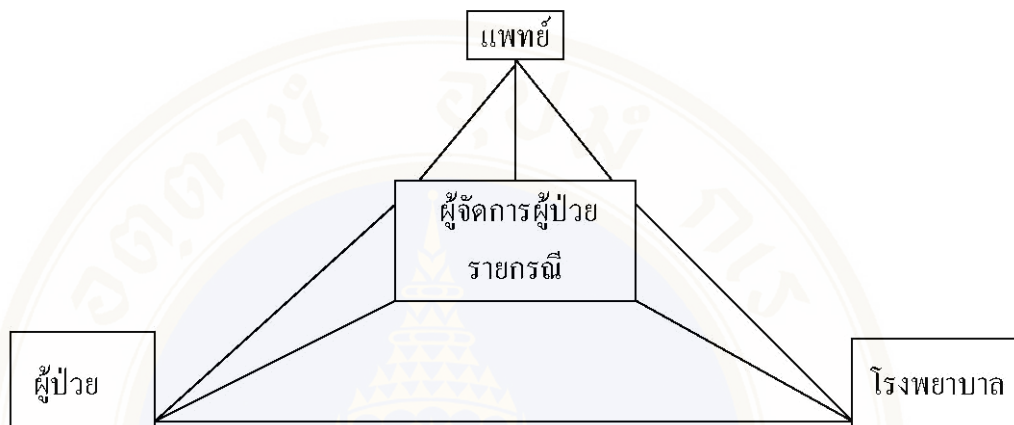
จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถสรุปได้ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; ปราชญ์ บุญวงศ์โรจน์, 2546; เขวลักษณ์ มีบุญมาก, 2547; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2546; Powell, 1996)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองและการเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนนี้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วยที่จะต้องเข้าสู่กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ยินยอมที่จะรับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ถูกเลือกหรือสมควรรับไว้ดูแลมักจะมีข้อบ่งชี้ในเรื่องของระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายหรือข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งช่วยเหลือทางการเงิน การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักจะมีข้อบ่งชี้หลายอย่างที่เป็นปัญหาในการเข้าสู่การพยาบาลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย (Assessment) หลังจากคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้แล้ว ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ศึกษา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยจากหลายๆ แหล่ง เช่น จากครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อมทั้งด้านครอบครัวและสังคมแบบองค์รวม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม สภาพปัญหาและความต้องการด้านอื่นๆ นำมาสรุปวิเคราะห์ข้อมูล และหาทางเลือกในการให้บริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) และการดำเนินการ หลังจากประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเรียบร้อยแล้ว ทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ละมีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยลงไปปฏิบัติในหน่วยงาน ใน

ขั้นตอนนี้อาจจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการที่กำหนด โดยมากจะมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงาน โดยทำหน้าที่ในการประสานงานกับแพทย์ผู้ป่วยและโรงพยาบาลโดยมีลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้



ในการประสานงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ในระยะก่อนรับเข้าโรงพยาบาล อธิบายแนวคิดของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการติดตามเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลนั้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะตามแพทย์ขณะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันแก่แพทย์ผู้ดูแล มีการสื่อสารกับผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่างๆ เพื่อให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามกำกับ การประเมินสภาพซ้ำ และการประเมินผลใหม่

การติดตามกำกับในการดำเนินการของการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นเรื่องที่สำคัญ การติดตามกำกับนี้ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลา และทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามเวลาที่คาดหวัง การติดตามกำกับมีกิจกรรม คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายซึ่งส่วนใหญ่คือผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ทบทวนแผนการดูแลทุก ๆ 24 ชั่วโมงร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหรือกำกับติดตามการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลที่บ้าน ติดตามกับหน่วยงานสงเคราะห์หรืออื่นๆที่จำเป็น ขั้นตอนนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆที่กำหนดไว้เป็นไปตามที่กำหนด นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลที่ไม่เป็นไปตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ สิ่งสำคัญในการติดตามกำกับคือการบันทึกและรวบรวมข้อมูล

เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังและปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์ เนื่องจากสถานะของผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการเฝ้าระวังและประเมินใหม่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของผู้ป่วย ความมั่นคงทางด้านสังคม(ที่เกิดจากความเจ็บป่วย) คุณภาพของการดูแล ความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งสุดท้ายที่จะต้องทำการประเมินใหม่คือเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5 การยุติกระบวนการและการติดตามประเมินผล ลักษณะของผู้ป่วยที่สามารถยุติการดูแลได้แล้ว ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการของผู้จัดการรายกรณี 2) การดูแลบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ใช้บริการนี้ต่อไป

- ขั้นตอนการยุติบริการ ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อมก่อนยุติโดยประชุมทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย 2) ประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมทำการสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยบอกเหตุผลที่ชัดเจนของการยุติบริการ ให้ข้อมูลของแหล่งประโยชน์ในชุมชน และวิธีการกลับเข้าสู่ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีใหม่อีกหากจำเป็น และ 3) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังเครือข่ายในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อรับการติดตามดูแลต่อเนื่องต่อไป

- การติดตามประเมินผล เป็นการประเมินครั้งสุดท้ายหลังจำหน่ายและสิ้นสุดการดูแล ติดตามหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากระบบการดูแล อาจใช้โทรศัพท์ติดตามไปเยี่ยมด้วยตนเอง หรือติดตามโดยประสานข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ติดตามตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

2.8 บทบาทของผู้จัดการรายกรณีและทีมสหวิชาชีพ

บทบาทของผู้จัดการรายกรณี

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เพราะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ดังนั้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) จำเป็นต้องมีทักษะดังต่อไปนี้ 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 การบริหารเวลา (Organization and Time management) และ 9) ทักษะและความรู้ด้านกระบวนการขององค์กร และการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รู้ระบบการเงินและวิธีจัดการที่คุ้มค่า การประเมินประสิทธิภาพ

และคุณภาพ การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องตามกฎหมาย (เรวดี ศิรินคร, 2543; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และจากการศึกษาพบว่า ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพดีที่สุด ได้แก่ 1) บทบาทผู้ดูแล 2) บทบาทผู้ประสานงาน 3) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และ 4) บทบาทตัวแทนผู้ป่วยในการเจรจาต่อรอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (Brown, 1982; Yoder, 1995; Cohen, 1996; Cohen & Cesta, 2001)

1) บทบาทผู้ดูแล (Caregiver's Role) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วย และใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (clinical pathway) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอน และให้คำปรึกษา

2) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator's Role) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้แผน การดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพ

3) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocate's Role) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับผลตามความคาดหวัง หรือความต้องการ โดยทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

4) บทบาทตัวแทน (Broker's Role) ทำหน้าที่เป็นตัวแทนหรือนายหน้าช่วยเหลือเชื่อมโยง กับแหล่งช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุน หรือผู้เชี่ยวชาญในทีมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นตัวแทนติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยในทุกกิจกรรมที่จะให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้ค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่จำกัด

บทบาทของทีมสหวิชาชีพ

จากการศึกษาและบททวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย จิตแพทย์ เป็นหัวหน้าทีม (Team leader) พยาบาลวิชาชีพ (Registered nurse) บุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (Master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับสารเสพติด (Substance abuse specialist) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (Peer specialist) ที่ปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ (Employment consultant, job or vocational specialist) ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (Remaining clinical staff) และผู้ช่วยประสานงานและบริหารโปรแกรม

(Program administrative assistant) (Stein & Santos, 1998) และยังพบว่าจำนวนของบุคลากรทีมสุขภาพเพียงพอต่อระบบการดูแล

ในประเทศไทย พบว่าทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์หรือจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษตรกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ดูแลผู้ป่วยและแกนนำชุมชน ซึ่งในทีมสหวิชาชีพแต่ละวิชาชีพต่างมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; นวียาภิรมย์, 2541; พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ, 2547; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

1) แพทย์หรือจิตแพทย์ มีบทบาทและหน้าที่ด้านการตรวจ การวินิจฉัยโรคและการตรวจสภาพจิต อาจมีการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจคลื่นสมอง การทดสอบ สภาพจิต การวิเคราะห์แนวโน้มหรือพยากรณ์โรค และวางแผนให้การดูแลรักษาด้วยยาหรือวิธีการทางจิตสังคม หรือการทำจิตบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย

2) พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย มีหน้าที่คัดกรองและประเมินสภาพกายและจิตสังคมของผู้ป่วย สัมภาษณ์วิเคราะห์ความผิดปกติของอาการทางจิตและสาเหตุที่เกิดขึ้น ประเมินภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านผู้ป่วยและเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาและการป้องกันการเกิดอาการป่วยซ้ำ ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ฝึกการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ ให้การบำบัดรักษาโดยทำจิตบำบัดแบบต่างๆ เช่น จิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัวยุติ จิตสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ฟื้นฟูการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิต ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและบริการทางสังคมอื่นๆ ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

3) นักจิตวิทยา มีบทบาทหน้าที่ที่ตรวจสภาพจิตและหาวิธีปัญหาโดยแบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบทดสอบทางสติปัญญา และแบบทดสอบอื่นๆ พร้อมกับสรุปผลที่ได้จากแบบทดสอบนั้นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้คำปรึกษาต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล/รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด เป็นต้น

4) เกษตรกร มีบทบาทหน้าที่ในการผลิตยา จัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยและตามแผนการรักษา ร่วมวิเคราะห์ผลการรักษาและอาการข้างเคียงของยาที่เกิดกับอาการทางจิต ให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาเรื่องยาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ

5) นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินสภาพปัญหา สภาพสิ่งแวดล้อม ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวและสังคมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ความต้องการทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในปัญหาต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆในชุมชน

6) นักโภชนาการ มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินภาวะโภชนาการ คำนวณปริมาณแคลลอรี่ในอาหารและจำนวนที่ร่างกายต้องการ จัดเตรียมอาหารตามความต้องการ และเหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอนและสาธิตการปรุงอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยตามภาวะโรคที่เป็นอยู่ ทำโภชนาบำบัด เป็นต้น

7) นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ด้านประเมินข้อมูลเบื้องต้น วินิจฉัย และวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายผู้ป่วย และส่งเสริมการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

8) ผู้ดูแลผู้ป่วยและแกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมทางสังคม การฝึกอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ตามสมรรถภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ บทบาทในการค้นหาและคัดกรองเบื้องต้น เฝ้าระวังอาการและป้องกันความรุนแรงจากอาการทางจิต

2.9 บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณีในรูปแบบต่าง ๆ นั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวได้รับการบริการที่พึงประสงค์ บทบาทของพยาบาลจิตเวชมีหลายลักษณะตามรูปแบบต่างๆซึ่ง รังสิมันต์ สุนทรไชยา(2551) ได้วิเคราะห์บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการจัดการรายกรณี ไว้ดังนี้

2.9.1 การจัดการรายกรณีรูปแบบเสมือนเป็นตัวแทน ในรูปแบบนี้ พยาบาลจิตเวชใช้บทบาทการเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับกระบวนการจัดการรายกรณี โดยใช้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมเน้นการผสมผสานความรู้เกี่ยวกับความต้องการของ

ผู้ป่วยในด้านชีววิทยา อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การเตรียมพยาบาลเพื่อแนะนำการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่อาจมีความต้องการที่ซับซ้อน จากการวิเคราะห์บทบาทในส่วนนี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทประสานความร่วมมือ (Collaboration) ในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มค่า (Worley, 1997 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551) เป็นนักการศึกษาและเป็นตัวแบบในการจัดการรายกรณีสำหรับเจ้าหน้าที่ จึงเป็นการขยายขอบเขตความรู้และความเชี่ยวชาญของทีมคณะทำงานการจัดการรายกรณี นอกจากนั้น การเพิ่มความตระหนักในการดูแลสุขภาพทางกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

2.9.2 การจัดการรายกรณีทางคลินิก ในรูปแบบการจัดการรายกรณีทางคลินิก พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ถือเป็นผู้นำบัดที่มีความรับผิดชอบเบื้องต้น และเป็นผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากสามารถใช้ความรู้ทางชีววิทยาและจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากการประเมิน พยาธิสภาพการเจ็บป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวัง ติดตามการบำบัดด้วยยา งานการบำบัดหลัก ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้จัดการรายกรณี 2) การเป็นตัวแบบสำหรับพฤติกรรมที่มีสุขภาพดีและศักยภาพในการชี้นำได้ และ 3) การจัดกิจกรรมที่มีชีวิตชีวาในการดำเนินชีวิตของผู้ให้บริการ เพื่อจัดรูปแบบสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางจิตของผู้ป่วย

2.9.3 การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงใช้บทบาทขยายในความรู้ ความสามารถเชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย การคิด จิตสังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม จากการวิเคราะห์บทบาทในส่วนนี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (Clinical Expert) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

โดยทั่วไปแล้ว บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในการประเมินในมิติของระบุนความต้องการ มิติการดูแลตนเอง มิติการดูแลร่วมกัน และมิติการดูแลจากวิชาชีพ (Worley, 1997 อ้างใน รังสิมันต์ สุนทรไชยยา, 2551) การติดต่อเป็นที่ปรึกษา การอภิปรายรายกรณี การฝึกทักษะในการดำเนินชีวิต

ในขณะที่ จินตนา ชูนิพันธ์ และคณะ(2549) ได้วิเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยและได้จำแนกบทบาทไว้ 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติทางคลินิก/การดูแลผู้ป่วย 2) มิติในการจัดการหรือมิติภาวะผู้นำ 3) มิติด้านการจัดการด้านการเงินหรือมิติด้านธุรกิจในด้านความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ 4) มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารหรือมิติการติดต่อสื่อสาร และ 5) มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพหรือมิติด้านความก้าวหน้าการพัฒนาวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) มิติทางคลินิกและการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำการประเมินข้ออย่างสม่ำเสมอในด้านการทำงาน ด้านจิตสังคม ด้านการเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทันทีทันใด และต้องควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา การเปลี่ยนแปลงของแผนการดูแลต้องเน้นใจในความถูกต้องเหมาะสมกิจกรรมมีให้กับผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการจำหน่ายและแผนการดูแลต้องคำนึงถึงการตกลงใจหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย จากการวิเคราะห์ในมิตินี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (Clinical Expert) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

2) มิติในการจัดการหรือมิติภาวะผู้นำ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการหมายถึง การรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยในเรื่องการประสานงานความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ในบางกรณีหน้าที่เหล่านี้ถูกกำหนดและติดตามทดสอบกระบวนการปฏิบัติ การรักษา การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแผนงาน การตกลงกับชุมชนในเรื่องการใช้ทรัพยากร การกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การได้มาซึ่งใบรับรองผลและสิทธิที่ได้รับจากองค์กรที่จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการต้องมีการประเมินคุณภาพการ

ดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแลทุกครั้งที่มีโอกาส โดยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพ นอกจากนั้นพยาบาลผู้จัดการต้องทำหน้าที่เป็นครู เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา ประเมินศักยภาพของแพทย์ ถ้าพบว่าแพทย์มีประสบการณ์น้อยก็ต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมต่อไป จากการวิเคราะห์ในมิตินี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทประสานความร่วมมือ (Collaboration) ในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) โดยการให้ความรู้/ ฝึกทักษะกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทการประกันคุณภาพบริการทางการพยาบาล (Outcome and Quality Management) เป็นปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบมาตรฐานการดูแล

3) มิติด้านการจัดการด้านการเงินหรือมิติด้านธุรกิจในด้านความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ขณะเดียวกันก็ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล และต้องสามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น ความล่าช้าของผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยต้องสามารถดำเนินการแก้ไขหรือปรับแผนการดูแลทันทีเพื่อป้องกันการแปรปรวนที่จะเกิดมากขึ้น และเพื่อให้ได้ผลดี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลาด้วย จากการวิเคราะห์ในมิตินี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) การบริหารจัดการ (Manager of Care) ร่วมกับผู้บริหารและทีมงานทางคลินิกวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย

4) มิติด้านการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารหรือมิติด้านติดต่อสื่อสาร เป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการสมบูรณ์ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับมาแล้ว บทบาทของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยก็จะไม่สำเร็จ เพราะหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเน้นในด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน

ข้อมูลข่าวสารจะรวมอยู่ในกิจกรรมเหล่านั้น เพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิผลขององค์การหรือการป้องกันการเกิดความแปรปรวนของแผนการดูแลได้

5) มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพหรือมิติด้านความก้าวหน้าการพัฒนาวิชาชีพ

เป็นสิ่งจำเป็นของพยาบาลผู้จัดการ การฝึกฝนในวิชาชีพของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผลดีต่อพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยที่จะคงอยู่ในสถานะขององค์กร ซึ่งน่าจะถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ ได้ และปรับปรุงสถานการณ์ภายใต้การมอบหมายของการบริการสุขภาพให้มีความก้าวหน้า จากการวิเคราะห์ในมิตินี้พบว่าสอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล (2545) บทบาทการเปลี่ยนแปลง(Chang Agent) เป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับในและเห็นความสำคัญของปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยการทบทวนและศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) มาสนับสนุนให้การปฏิบัติงานเกิดผลดีสูงสุดและเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น

2.10 ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก 2) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม และ 3) ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2547; Gorey et al., 1998) ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลและลดอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ, 2546; Chang & Wong, 1999; Meyer & Morrissey, 2007) ลดการใช้สารเสพติด (วิลโลว์ตัน สะสมผลสวัสดิ์, สมจิต แคนตีแก้ว, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547)

2) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทำหน้าที่ทางสังคมได้เพิ่มขึ้น (Mueser et al., 1998 ; Gorey et al., 1998) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ประกอบอาชีพได้ตามปกติ และมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น (Scott & Dixon, 1995; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 1998) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการดูแลที่ได้รับ (ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ, 2546; Mueser et al., 1998; Chang & Wong, 1999) ทีมสุขภาพพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วย (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2546)

3) ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ช่วยลดระยะนอนรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Mueser et al.,1998; Gorey et al.,1998; Chang & Wong, 1999; Simmonds, Coid, Joseph, Marriott, Tyrer, 2001

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการจัดการโดยพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาและมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนจากงานวิจัย เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ และเมื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และสร้างความพึงพอใจให้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เป็นรูปแบบการดูแลที่เป็นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยองค์กรที่รับผิดชอบในการประกันคุณภาพ และรับรองคุณภาพระบบบริการสุขภาพว่าเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างเป็นระบบดังนี้ (Polit, Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล (Search for Information Sources) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)

1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key Word)

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria)

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

การสืบค้นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย (Information Sources) วัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Research) ที่น่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยของประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา และ Thai research

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลของต่างประเทศ ได้แก่ OVID, CINAHL, PubMed, Backwell synergy, BMJ Journal Online, HighWire Press, SAGE Journal Online

1.3 สืบค้นงานวิจัยโดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของสถาบันการศึกษา และสถานบริการต่างๆทางสาธารณสุข ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงท้ายบทของงานวิจัย และเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำไปค้นหาเอกสารฉบับเต็ม (full text)

2. *กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word)* คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจมีดังนี้ “Case Management and Schizophrenia” “Case Management and Serious Mental Illness” “Assertive Community Treatment and Schizophrenia” “Assertive Community Treatment and Serious Mental Illness” “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วยจิตเภท” “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง”

3. *เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria)* ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

3.1 เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2543 – 2552

3.3 เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง

3.4 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเป็นผู้ป่วยจิตเภท 50% ขึ้นไป

3.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็ม(Full Text) ได้

การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Databases) และค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสารสิ่งพิมพ์โดยใช้คำสำคัญ ได้จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนที่เลือกนำมาใช้ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน เรื่องที่ ค้นพบ ทั้งหมด	จำนวน เรื่องที่ เข้าเกณฑ์	จำนวน เรื่องที่เลือก หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
Pub Med	- Case Management and Schizophrenia	144	0	0
	- Case Management and Serious Mental Illness	34	0	0
	- ACT and Schizophrenia	24	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	27	1	1
OVID	- Case Management and Schizophrenia	15	0	0
	- Case Management and Serious Mental Illness	21	1	1
	- ACT and Schizophrenia	16	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	13	2	2
CINAHL	- Case Management and Schizophrenia	126	1	1
	- Case Management and Serious Mental Illness	57	1	1
	- ACT and Schizophrenia	68	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	18	2(2)	0
BMJ Journal Online	- Case Management and Schizophrenia	16	0	0
	- Case Management and Serious Mental Illness	12	0	0
	- ACT and Schizophrenia	35	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	28	3(2)	1

ตาราง 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน เรื่องที่ ค้นพบ ทั้งหมด	จำนวน เรื่องที่ เข้าเกณฑ์	จำนวน เรื่องที่เลือก หลังจากคัด เรื่องที่ซ้ำ
Backwell synergy	- Case Management and Schizophrenia	242	1(1)	0
	- Case Management and Serious Mental Illness	153	2(2)	0
	- ACT and Schizophrenia	44	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	37	2(2)	0
SAGE Journal Online	- Case Management and Schizophrenia	32	1(1)	0
	- Case Management and Serious Mental Illness	11	1(1)	0
	- ACT and Schizophrenia	13	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	28	2(2)	0
HighWire Press	- Case Management and Schizophrenia	25	2(1)	1
	- Case Management and Serious Mental Illness	18	2(2)	0
	- ACT and Schizophrenia	32	0	0
	- ACT and Serious Mental Illness	15	2(2)	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	0	0	0
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	0	0	0
ห้องสมุด กรมสุขภาพจิต	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	5	2	2
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	2	2(2)	0

ตาราง 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวน เรื่องที่ ค้นพบ ทั้งหมด	จำนวน เรื่องที่ เข้าเกณฑ์	จำนวนเรื่อง ที่เลือก หลังจากตัด เรื่องที่ซ้ำ
ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	16	5	5
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	6	3(3)	0
Thai research	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	5	0	0
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	0	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	3	1	1
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	3	0	0
ห้องสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเภท	2	0	0
	-การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและ ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง	2	0	0
รวม		1,055	39 (23)	16

() = เรื่องที่ซ้ำจากฐานข้อมูลอื่น

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทจากทุกฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) ไปค้นหาฉบับเต็ม (Full text) และเมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก พบงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และเข้าถึงฉบับเต็ม (Full text) พร้อมที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ จำนวน 16 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ทั้งหมด 16 เรื่อง โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

จากงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่าเป็นงานวิจัย ระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงาน
1	Cost-effectiveness Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care Organization for Patients With Chronic Schizophrenia	Chan, Mackenzie & Jacobs /2000	Level A
2	NPACT: Enhancing Programs of Assertive Community Treatment for the Seriously Mentally Ill	Kane & Blank/2004	Level A
3	Supported Employment Outcomes of a Randomized Controlled Trial of ACT and Clubhouse Models	Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang /2006	Level A
4	Randomized Trial of Supported Employment Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness	Gold, Meisler, Santos, Carnemolla , Williams & Keleher/2006	Level A
5	Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management : Does It Improve Outcome?	Rivera, Sullivan & Valenti/2007	Level A
6	Predicting community survival in early psychosis and schizophrenia populations after receiving intensive case management	Preston /2000	Level B
7	The REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London	Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al. /2006	Level B
8	Case management for individuals with a Sever Mental Illness : A 6-Year Follow-Up Study	Bjorkman & Hansson/2007	Level B

ตาราง 2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงาน
9	การศึกษาการจัดการระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม	คันสนีย์ พูนผล/2547	Level B
10	การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	อัญชลี ทรงผาสุข/2547	Level B
11	การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี	อำพัน หิรัญอุทก/2547	Level B
12	การศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี	วราภรณ์ มารักษา/2548	Level B
13	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วยและญาติ	จันทนา ศรีวิศาล และ นพรัตน์ ไชยขำนิ /2548	Level B
14	การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้การจัดการรายกรณี	วรสุดา ทองรักษ์/2550	Level B
15	ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ/ 2550	Level B
16	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล	อรรพรรณ ฆ้องด้อย/2550	Level B

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

ในส่วนการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท โดยการพิจารณาการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

- 2.1 แบบการวิจัย (Research Design)
- 2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.3 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments)
- 2.5 การจัดการกระทำ (Intervention)
- 2.6 ผลการศึกษาวิจัย (Result)
- 2.7 การนำไปใช้ (Implication)

ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท แสดงในตาราง 5 ในภาคผนวก จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย
 - 2.1 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.2 ผู้ให้บริการและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.3 ผู้รับบริการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 2.4 สถานที่ให้บริการ
 - 2.5 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ
 - 2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.7 ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาวิจัยในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง และศึกษาวิจัยในต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าการศึกษาในประเทศไทย อยู่ในระดับ B จำนวน 8 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง จำนวน 2 เรื่อง (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548) การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง นวน 1 เรื่อง (อรรพรรณ ช้องค้อ, 2550) และเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 5 เรื่อง (สันตนิษฐ์ พูนผล,

2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ชนบดิธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550) ส่วนการศึกษาของต่างประเทศ อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) ทั้ง 5 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Kane & Blank, 2004; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 3 เรื่อง (Preston, 2000; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006; Bjorkman & Hansson, 2007)

สรุปได้ว่า งานวิจัยในประเทศไทยทั้ง 8 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ B ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศมีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง และระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เมื่อพิจารณาถึงวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย พบว่างานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง มีวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ

องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละรูปแบบ

1. รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อพิจารณากลับกรองแล้ว พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นำมาใช้ในการศึกษามีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (สันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ชนบดิธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรรพรรณ ฆ้องตื้อ, 2550) 2) รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) และ 3) รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

1.1 รูปแบบ Clinical Case Management model

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ น้อยดอ, 2550) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้ให้บริการและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

พบว่า ทีมผู้ให้บริการประกอบไปด้วยหลายสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักอาชีวบำบัด และผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น และจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548) พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษา ระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; อรวรรณ น้อยดอ, 2550) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ มารักษา, 2548) พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

2) ผู้รับบริการ

พบว่า ผู้รับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์และจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ของ ICD-10 และตามเกณฑ์ของ DSM-IV ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550) และผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; คันสนีย์ พูนผล, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; อรวรรณ น้อยดอ, 2550) ผู้รับบริการมีลักษณะดังนี้

อายุ พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุอายุดังนี้ อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 1 เรื่อง (อรวรรณ น้อยดอ, 2550) ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปี จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ มารักษา,

2548) อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548) ไม่ระบุอายุในการคัดเข้า จำนวน 4 เรื่อง (ศันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

อาการทางคลินิก พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงอาการทางคลินิกไว้ดังนี้ มีอาการกำเริบภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (ศันสนีย์ พูนผล, 2547) ไม่มีอาการหลงผิด พูดคุยรู้เรื่อง และสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ จำนวน 1 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547)

จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลไว้ดังนี้ ใน 1 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 4 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550) อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (อรวรรณ ฆ้องด้อย, 2550) และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

ประวัติการรักษา พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงประวัติการรักษาไว้ดังนี้ ขาดการรักษานานเกิน 3 เดือน จำนวน 2 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550) มีประวัติขาดการรักษาตามแผนการรักษาผู้ป่วย จำนวน 1 เรื่อง

พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงพฤติกรรมการรับประทานยาไว้ดังนี้ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; อรวรรณ ฆ้องด้อย, 2550)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้ ขาดทักษะในการดูแลตนเอง จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547)

ทักษะทางสังคม พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงทักษะทางสังคมไว้ดังนี้ ขาดทักษะในการเข้าสังคม จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547)

ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พบว่ามีการวิจัยที่ระบุถึงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไว้ดังนี้ มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล ใน 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548) มีปัญหาการใช้อารมณ์ใน ครอบครัว จำนวน 1 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547)

ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่ามีการวิจัยที่ระบุถึงประวัติการใช้สารเสพติดไว้ดังนี้ มีประวัติการใช้สารเสพติดยกเว้นบุหรี่ก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548) ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จำนวน 2 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

แหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีการวิจัยที่ระบุถึงแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมไว้ดังนี้ ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆค่อนข้างน้อย อยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพจิตชุมชนอย่างน้อย 12 เดือน และได้รับการบ่งชี้ว่ามีความยากลำบากในการรักษาตามมาตรฐานของชุมชน จำนวน 5 เรื่อง (ศันสนีย์ พูลผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; อรวรรณ ฆ้องด้อย, 2550) มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือญาติทอดทิ้ง หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสังคมหรือชุมชน จำนวน 2 เรื่อง (ศันสนีย์ พูลผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547) มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเอง ขาดการรับรู้ระบบบริการสุขภาพ จำนวน 2 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547; อรวรรณ ฆ้องด้อย, 2550)

3) สถานที่ให้บริการ

พบว่า การศึกษาวิจัยทั้ง 8 เรื่อง เป็นการศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด สถานที่ให้บริการ แยกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548) 2) แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อเนื่องไปถึงในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และดวงดา กุลรัตนญาณ, 2550) และ 3) ในชุมชน จำนวน 5 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; ศันสนีย์ พูลผล, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; อรวรรณ ฆ้องด้อย, 2550)

4) ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ

ลักษณะของกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่ต้องการวัด ดังแสดงไว้ในตาราง 3



ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม :-	- ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล	- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
1. การศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรจิต 2. ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยและประโยชน์ของการไปพบแพทย์ตามนัด 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ(rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้		บุคคล 2.แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรจิต WHOQOL-BREF-THAI (1996)ที่สร้างและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2541)	
ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	คันสนิช พูลผล/2547			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) - ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยน			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	ความคิดเห็นเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลืองานบ้าน ร่วมงานกับเพื่อนบ้าน 5. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - สนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ - ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรทางสังคมที่อยู่ในชุมชนรวมถึงช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว - ส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนดูแลต่อไป			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม :-	- ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์		- การดูแล
2. การศึกษาการจัดการ	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี			ของผู้ดูแลผู้ป่วย
ผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระ	รูปแบบ Clinical Case Management model		บุคคล	จิตเวช
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		2. แบบประเมินการดูแล	จิตเวช
จิตเวชในชุมชน	1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค		ของผู้ดูแล ที่ นพรัตน์	
โรงพยาบาลท่าหลวง	จิตเวช สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบการปฏิบัติ		ไซยธานี (2544) ได้สร้างเงิน	
จังหวัดลพบุรี	ตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วย		โดยใช้แนวคิดของ	
ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)		Montgomery et al. (1985)	
อัญชลี ทรงผาสุ/2547	ผู้ป่วยจิตเวชดังนี้			
	- ให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรม			
	ประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่ง			
	กาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมี			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	กิจกรรมที่เหมาะสม และงานที่รับผิดชอบ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว 3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - หาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้ผู้ป่วย			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม :-	- ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน	- พฤติกรรมการ
3. การศึกษาการจัดการ	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		บุคคล	ดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยรายกรณีต่อ	รูปแบบ Clinical Case Management model		3. แบบสอบถามพฤติกรรม	ผู้ป่วยจิตเภท
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		การดูแลตัวเองของผู้ป่วย	
ของผู้ป่วยจิตเภท	1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคล (Individual		จิตเภทเป็นแบบสอบถามของ	
โรงพยาบาลสามชุก	Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค		จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ	
จังหวัดสุพรรณบุรี	จิตเภท สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติ		และ สุนันทา บุญชัย (2545)	
ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	ตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วย		ดัดแปลงมาจากแบบ	
อำพัน หิรัญอุทก/2547	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)		สอบถามของ พวงเพ็ญ เขียม	
	ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้		ปัญญารักษ์ และคณะ (2542) ที่	
	- ให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจวัตร		สร้างตามแนวคิดการดูแลตน	
	ประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่ง		เองของโอเรม(Orem, 1991)	
	กาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมี			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	กิจกรรมที่เหมาะสม และงานที่รับผิดชอบ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว 3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - หาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมอาชีพผู้ป่วย			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ใช้การดูแลแบบปกติ	- ไม่ได้ระบุระยะเวลา	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ
4. การศึกษาการใช้การ	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี		บุคคล	บริการที่ได้รับ
จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อ	รูปแบบ : Clinical Case Management model		2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ	- จำนวนวันนอน
ความพึงพอใจในบริการ	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		พอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ	โรงพยาบาล
และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท	1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม (Individual & Group Psychoeducation)		พร สิมการ (2544) โดยสร้างขึ้นจากแนวคิด Aday and Andersen (1975)	
โรงพยาบาลราชบุรี	ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและ		3. แบบบันทึกสรุปจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบฟอร์มของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี	
ผู้ศึกษาปีที่ศึกษา	รพราชบุรี 2548			
วารสาร	มารักยา/2548			
	2. จัดตั้งชมรมบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย			
	- ให้คำปรึกษาปรึกษาบุคคล			
	- จัดบำบัดรายบุคคล			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
- การให้คำปรึกษาครอบครัว				
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ใช้การดูแลแบบปกติ	- "ไม่" ได้รับความช่วยเหลือ	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
5. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ : Clinical Case Management model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย 1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคลและรายกลุ่ม (Individual & Group Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต	2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ ที่พัฒนาจากแบบวัดความพึงพอใจบริการพยาบาลของพรทิพย์ ไตรภักทร (2544) ซึ่งใช้แนวคิด Aday และ Anderson (1975) อ้างใน พรทิพย์ ไตรภักทร (2544)	2. ผู้ป่วยรายกรณี	- จำนวนวันนอนโรงพยาบาล - ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล - อัตราการป่วยซ้ำ
ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	2. จิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย			
จินทนา ศรีวิศาล และ นพรัตน์ ไชยธานี/2548	- การบริการปรึกษารายบุคคล			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- จัดบำบับัตรรายบุคคล	3. แบบบันทึกสรุปจำนวน วันนอนใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้าง โดยดัดแปลง มาจากแบบสรุปคำรักษา พยาบาลผู้ป่วยใน โรง พยาบาลสวนสาธารณะ	3. แบบบันทึกสรุปจำนวน วันนอนใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้าง โดยดัดแปลง มาจากแบบสรุปคำรักษา พยาบาลผู้ป่วยใน โรง พยาบาลสวนสาธารณะ	3. แบบบันทึกสรุปจำนวน วันนอนใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้าง โดยดัดแปลง มาจากแบบสรุปคำรักษา พยาบาลผู้ป่วยใน โรง พยาบาลสวนสาธารณะ
	- การให้คำปรึกษาครอบครัว			
	3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support)			
	3 ส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับ อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน			
			4. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล ผู้วิจัย สร้างโดยดัดแปลงมาจาก แบบสรุปคำรักษา พยาบาลผู้ป่วยใน โรง พยาบาลสวนสาธารณะ	4. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล ผู้วิจัย สร้างโดยดัดแปลงมาจาก แบบสรุปคำรักษา พยาบาลผู้ป่วยใน โรง พยาบาลสวนสาธารณะ
			5. แบบบันทึกติดตามผล	5. แบบบันทึกติดตามผล

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง 6. การศึกษาดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนโดยใช้การ จัดการรายกรณี	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย	- ใช้ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ ความถี่ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รวมอย่าง น้อย 3 ครั้ง	การกลับมาปรึกษาภายใน 3 เดือนและ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาล 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูล ส่วนบุคคล 2.แบบประเมินสมรรถ ภาพผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษา ได้นำแบบประเมิน สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546)	-สมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภท -ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก -ความพึงพอใจของ ทีมสหวิชาชีพ
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา วารสุดา ทองรักษ์/2550	1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม (Individual & Group Psychoeducation ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การ รับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรมระยะเวลาและความเป็นในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	ชุมชนรวมถึงช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว - ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ชุมชน - แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม :-	- ใช้ระยะเวลาห่างกัน	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูล	- การการดูแลของ
7. ผลของการใช้การจัดการ	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	2-4 สัปดาห์/ครั้ง รวม 5 ครั้ง	ส่วนบุคคล	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ผู้ป่วยรายกรณีต่อการจัดการ	รูปแบบ Clinical Case Management model		2. แบบประเมินการการ	- คุณภาพชีวิตของ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		ดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้ศึกษา	ผู้ป่วยจิตเภท
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค		สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)	
จิตเภทในชุมชน	จิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการ			
เขตกรุงเทพมหานคร	ดำเนินของโรค อาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียง		2. แบบประเมินคุณภาพ	
ผู้ศึกษาปีที่ศึกษา	ของยาโรคจิต		ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต	
สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี	เดือน และการกลับมารักษาตามนัด		WHOQO-BREF-THAI	
ธนบดีธรรมจารี และ	2. ด้านจิตสังคม		(1996)	
ดวงตา กุลรัตน์ญาณ/2550	- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว			
	- ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training)			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น			
	- ฝึกทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill)			
	- ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill)			
	- เสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง			
	- ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย			
	โดยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว			
	3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support)			
	- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะวิกฤต			
	และฉุกเฉินทางจิตเวช วิธีการติดต่อเมื่อเกิด			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ปัญหาฉุกเฉิน				
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ใช้การดูแลแบบปกติ	- ใช้ระยะเวลาสัปดาห์	1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูล	- พฤติกรรมการใช้ยา
8. ผลของการจัดการผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง : ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี	ละครั้ง ครั้งละ 45-60	ส่วนบุคคล	ตามเกณฑ์การรักษา
รายกรณีต่อพฤติกรรมกร	รูปแบบ : Clinical Case Management model	นาที่ จนจบ 6 ครั้ง เป็น	แบบวัดพฤติกรรมการใช้	ของผู้ป่วยจิตเภท
ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย	เวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์	ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่	- การการดูแลของ
ของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน	1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคล (Individual		ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก2.	ผู้ดูแล
และการะการดูแลของ	Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล		2. แบบสอบถามที่ อุมพร	
ผู้ดูแล	เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา		กาญจนาภิเษก (2545) สร้าง	
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	อาการทางจิต ทักษะการสังเกตและการจัดการ		ขึ้นตามแนวคิดของ	
อรรณพ น้อยต่อ/2550	กับการอาการทางจิตซึ่งเสี่ยงของยา การจัดการ		Farragher (1999) ร่วมกับ	
	กับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหา		แนวคิดของ เพชร	
	ของผู้ป่วย		คันทสยาบัว (2544)	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Clinical Case Management model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) - ฝึกการผ่อนคลายความเครียด - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย			
	- ให้ความสำคัญกับแหล่งประโยชน์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม			
			3. แบบประเมินการดูแลของผู้ดูแล ที่นพรัตน์ ไซยขำนิ (2544) ได้สร้าง ขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)	

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่ากิจกรรมการดูแลของการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management model ทุกการศึกษามีลักษณะกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ส่วนระยะเวลาและความถี่ของการดำเนินกิจกรรม พบว่าใช้ระยะเวลา 2-6 สัปดาห์ ความถี่ 1- 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที รวมอย่างน้อย 3-5 ครั้ง มีจำนวน 2 การศึกษาที่ไม่ระบุระยะเวลาและความถี่ของการให้บริการ

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management model ทั้ง 8 เรื่อง พบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการศึกษามี 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครั้งที่มารักษา ผู้ดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จำนวน 12 เรื่อง (สันสนีย์ พูนผล, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; อรวรรณ ฌ้องค้อ, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และดวงดา กุศลรัตนญาณ, 2550)

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทาง เศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานี้เป็นครั้งที่ และขณะผู้ป่วยอยู่บ้านเป็นผู้ดูแลเรื่องการกินยา/จัดยาให้ผู้ป่วย จำนวน 2 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; อรวรรณ ฌ้องค้อ, 2550)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางคลินิก

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษานำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) เป็นแบบสำหรับพยาบาลผู้ดูแล

สมรรถนะของผู้ป่วย เพื่อประกอบการวางแผนการพยาบาลตามระดับอาการ มีผู้นำไป จำนวน 1 เรื่อง (วรสุตา ทองรักษ์, 2550)

1.2 แบบบันทึกติดตามผลการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 6 เดือน มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548)

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินทางด้านจิตสังคม

2.1 แบบประเมิน WHOQO-BREF-THAI (1996) ที่สร้างและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล และคณะ (2541) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (ศันสนีย์ พูนผล, 2547)

2.2 แบบประเมิน WHOQO-BREF-THAI (1996) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

2.3 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) มีผู้นำไปใช้ จำนวน 2 เรื่อง (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อรวรรณ น้อยด้อย, 2550)

2.4 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามของ จันทรีฉาย เนตรสุวรรณ และสุเมธชา บุญชัย (2545) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ (2542) ที่สร้างตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (อำพัน หิรัญอุทก, 2547)

2.6 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชร คันธสายบัว (2544) มีผู้นำไป จำนวน 1 เรื่อง (อรวรรณ น้อยด้อย, 2550)

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ที่สร้างขึ้นโดย จิราพร สิมากร (2544) โดยสร้างขึ้นจากแนวคิด Aday and Andersen(1975) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ มาร์รักษา, 2548)

2.8 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ ที่ผู้ศึกษาสร้างเองจากกระบวนการดำเนินการจัดการรายกรณีและแผนการทำงานแบบลำดับขั้น โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

2.9 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ ที่พัฒนาจากแบบวัดความพึงพอใจบริการพยาบาลของ พรทิพย์ ไตรภักตร์ (2544) ซึ่งใช้แนวคิด Aday และ Anderson (1975) อ้างใน พรทิพย์ ไตรภักตร์ (2544) ครอบคลุมความพึงพอใจ 6 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Coordination) ความพึงพอใจต่ออภัยสั ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ(Quality of Care Cost) และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket) มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548)

2.10 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการให้บริการ ที่ผู้ศึกษาสร้างเองจากกระบวนการดำเนินการจัดการรายกรณีและแผนการทำงานแบบลำดับขั้น โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3.1 แบบบันทึกสรุปจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบฟอร์มของแผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลราชบุรี มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (วราภรณ์ มาร์รักษา, 2548)

3.2 แบบบันทึกสรุปจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้าง โดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548)

3.3 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงมาจากแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548)

6) ผลลัพธ์

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management model ทำให้เกิดผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก 2) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม 3) ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model มีดังนี้

- ด้านอัตราการป่วยซ้ำ พบว่าการป่วยซ้ำลดลง จำนวน 1 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าอัตราการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548)

- ด้านสมรรถภาพของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพสูงขึ้น โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอาการทางจิต 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 อาการทางจิตรุนแรง จำนวน 7 คน ระดับที่ 2 ระดับอาการทุเลาปานกลาง จำนวน 3 คน ระดับที่ 3 ระดับอาการทุเลามาก จำนวน 2 คน ทุกคนได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีสมรรถภาพสูงขึ้น ดังนี้ เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระดับอาการทุเลามากที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน จำนวน 7 คน ผู้ป่วยที่อาการทุเลามากแต่มีปัญหาซับซ้อน จำนวน 3 คน ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรงและมีปัญหาซับซ้อน จำนวน 2 คน (วรสุดา ทองรักษย์, 2550)

2) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model มีดังนี้

- ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อำพัน หิรัญอุทก, 2547)

- ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภตกกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อรรณน ม้องต่อ, 2550)

- ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการดำเนินการจัดระบบการดูแลในชุมชนสูงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (คันสนีย์ พูนผล, 2547) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

- ด้านความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย พบว่า ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ; วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

3) ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model มีดังนี้

- ด้านจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548)

- ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่าภาระการดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อัญชลี ทรงผาสุก, 2547) การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุศลรัตนญาณ, 2550) เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อรรวรรณ น้อยด้อย, 2550)

1.2 รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model

พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้ให้บริการและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

พบว่า ทีมผู้ให้บริการประกอบไปด้วยหลายสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เกษตรกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดยาเสพติด เป็นต้น และจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004) พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006) ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา จำนวน 2 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006)

2) ผู้รับบริการ

พบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) ซึ่งมีลักษณะดังนี้

การวินิจฉัยโรค พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงการวินิจฉัยโรคไว้ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (schizophrenia spectrum disorder, bipolar disorder, หรือ recurrent major depression) จำนวน 2 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006)

อายุ พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงอายุไว้ดังนี้ อายุระหว่าง 18-75 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004) อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

อาการทางคลินิก พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงอาการทางคลินิกไว้ดังนี้ มีอาการทางจิตรุนแรง จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลไว้ดังนี้ มีอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสูง (แบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 100 วันหรืออย่างน้อย 5 ครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา หรืออย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงพฤติกรรมการรับประทานยาไว้ดังนี้ มีประวัติขาดการรักษาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 1 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้ มีภาวะพึ่งพาครอบครัวและบุคคลอื่น จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

ทักษะทางสังคม พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงทักษะทางสังคมไว้ดังนี้ มีความเสื่อมด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

การทำงานและการประกอบอาชีพ พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงการทำงานและการประกอบอาชีพไว้ดังนี้ อยู่ในสภาพว่างงานหรือไม่มีอาชีพเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 2 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Gold, Meisler,

Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006) มีความเสี่ยงด้านการประกอบอาชีพ จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงประวัติการใช้สารเสพติดไว้ดังนี้ ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จำนวน 2 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

แหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมไว้ดังนี้ ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆค่อนข้างน้อย อยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพจิตชุมชนอย่างน้อย 12 เดือน และได้รับการบ่งชี้ว่ามีความยากลำบากในการรักษาตามมาตรฐานของชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

3) สถานที่ที่ให้บริการ

พบว่า การศึกษาวิจัยทั้ง 4 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด และศึกษาในชุมชนทั้ง 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

4) ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ

ลักษณะของกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่ต้องการวัด ดังแสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Standard program of assertive community treatment (PACT) กิจกรรมการดูแล	- ไม่ได้รับรู้ไว้ในการศึกษา	1. The Positive and Negative symptoms Scales (PANSS, Kay, Fiszbein & Opler, 1987)	- อาการทางจิต - ภาวะทุพพลภาพ
1. NPACT: Enhancing Programs of Assertive Community Treatment for the Seriously Mentally III	ประกอบด้วย 1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยเรื่องให้ความรู้เรื่องยาโรคจิต และการรับประทานยา วิธีการจัดการกับอาการทางจิต		ใช้ประเมินอาการแสดงทางจิต (Psychiatric symptoms)	- การปรับตัวทางด้านสังคม - อาการทางกาย - พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา Kane & Blank/2004	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วย จิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเมื่อเกิด ภาวะวิกฤต		2. The Disability Rating Form (DRF, Hoyle, Nietzel, Guthrie, Baker-Prewitt & Heine, 1992) ใช้ประเมินภาวะทุพพลภาพ (Disability) 3. The Multnomah community abilities	ผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- ฝึกทักษะการปรับตัวทางสังคม (social skill training) ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ช่วยมีการใช้ชีวิตเป็นปกติ ส่งเสริมเรื่องการทำงานและสนองความต้องการทางด้านร่างกาย 3. จัดตั้งชมรมบำบัด - ให้การบำบัดเพื่อลดการใช้สิ่งเสพติด 4. สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันและรักษาโรค กลุ่มทดลอง : "ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		Scale (MCAS, Barker, Barron, McFarlanf, & Bigelow, 1994; Barker, Barron, McFarlanf, Bigelow, & Carnahan, 1994) ใช้ประเมินการปรับตัวทางด้านสังคม (Community adjustment) 4. The Abnormal Involuntary Movement Scales for tardive dyskinesia (AIMS, Lane, Glazer, Hansen, Berman, & Kramer, 1985) และ Self-report on the	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา เพื่อลดระยะเวลา ความรุนแรง และความถี่ของการเจ็บป่วยทางจิต			Pennebaker Inventory of Limbic Language	
			(PILL, Pennebaker, 1982) ใช้ประเมินอาการแสดงทางกาย (Physical symptoms) โดย PILL มีการนำมาใช้เพื่อแยกอาการทางกายออกจากอาการทางจิต	
2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้			5. The Health Promoting Lifestyle Profile (Walker, Sechrist, Pender, 1987) ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ	
- ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเมื่อเกิด ภาวะวิกฤต				
- ฝึกทักษะการปรับตัวทางสังคม (social skill training) ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตเป็นปกติ ส่งเสริมเรื่องการทำงานและ				
สนองความต้องการทางด้านร่างกาย				

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	3. จัดตั้งชมรมบำบัด		6. The Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP)	
	- ให้การบำบัดเพื่อลดการใช้สิ่งเสพติด		Consumer survey (CMHS, 1996) ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการรักษา	
	4. สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันและรักษาโรค			
	5. การช่วยเหลือสนับสนุน (support)			
	- มีอาสาสมัคร ในชุมชนที่ผ่านการฝึก			
	เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ	- ไม่ได้ระบุไว้ใน	- service logs และ	- การจ้างงาน ¹ ได้แก่
2. Supported Employment	Assertive Community treatment (ACT) model	การศึกษา	employment records ที่มี	ระยะเวลาในการจ้าง
Outcomes of a	กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		ลักษณะเหมือนกัน (สร้าง	งาน จำนวนชั่วโมงใน
Randomized Controlled	1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual		โดย EIDP) ใช้ประเมิน	การทำงาน และ
Trial of ACT and	Psychoeducation)		จำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่	รายได้
Clubhouse Models	กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และการ		ใช้ในการช่วยหางาน และ	
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	บำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด		ความช่วยเหลือในการหา	
Macias, Rodican,	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)		งานที่ใช้เวลาประมาณ 1	
Hargreaves, Jones,	- ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ชั่วโมงหรือมากกว่า และ	
Barreira & Wang	3. ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (support)		ประเมินข้อมูลการทำงาน	
/2006	- ช่วยเหลือในเรื่องของกิจกรรมหรือการ		ทั้งหมดอย่างน้อย 5 วัน	
	จ้างงานที่เหมาะสม		ตามเกณฑ์ของ The U.S.	
			Department of Labors	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Clubhouse Models กิจกรรมการดูแลประกอบด้วย 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และผลประโยชน์เรื่องงานจากการเข้ารับการบำบัดรักษา 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) - จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3. ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (support) เป็น	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual support) ในเรื่อง			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่องผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self determination) - ช่วยสนับสนุนด้านการศึกษา (supported education) - ช่วยให้ทำงานรายวัน - การช่วยจัดหางาน (supported employment) - ช่วยเรื่องการเปลี่ยนงาน			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ	- ไม่ได้ระบุไว้ใน	1. Employment outcomes	- การจ้างงาน
3. Randomized Trial of Supported Employment	Support Employment Program (SEP) กิจกรรม การดูแล ประกอบด้วยการดูแล	การศึกษา	- ประเมินเรื่องเกี่ยวกับงานในแต่ละด้าน เช่น	- การใช้บริการ
Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness	1. ทีม SWCMHC (Santee-Wateree Community Mental Health Center) - ให้การดูแลด้านสุขภาพจิต - ประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		หน้าที่รับผิดชอบ บุคคลที่เป็นคนติดต่อกับ สถานะภาพของงาน ลักษณะความผิดปกติของผู้ร่วมงาน วิธีการในการหางาน	- อาการทางคลินิก
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher /2006	2. ทีม GC (The Genesis Center; a local independent nonprofit vocational rehabilitation agency specializing in the employment of adults with SMI) - ดูแลด้านงานและอาชีพ	ประโยชน์ที่พึงจะได้ และสิ่งตอบแทนที่ได้รับในกรณีที่มีปัญหาจากการทำงาน เป็นต้น	- คุณภาพชีวิต

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- สนับสนุนการตัดสินใจเข้าทำงาน		2. แบบประเมิน The 30-item Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางกาย	
	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลรูปแบบ ACT-IPS Program กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย		3. แบบประเมิน The Quality of Life Interview (QOLI) ควบคู่กับ PANSS ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต	
	1. ACT sub-team (Assertive community Treatment)		4. แบบประเมิน psychiatric symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality	
	- ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และการบำบัดรักษาผู้ใช้นาเสพติด			
	- ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
	2. IPS sub-team (Integrated vocational Rehabilitation)			
	- ให้การดูแลเรื่องงาน โดยไม่จำกัดเวลา			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ให้คำแนะนำผู้ป่วยทั้งในช่วงก่อนทำงาน ขณะทำงาน และหลังจากได้งานทำแล้ว				
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ : - ไม่ได้ระบุไว้ใน		of life (QOLI scale scores) ใช้ประเมินอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	
4. The REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London	Community mental health team กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย - จำนวนของ total team case load เท่ากับ 300-350	การศึกษา	1. แบบประเมิน The client satisfaction questionnaire (modified to include specific questions about assertive community treatment) ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ	- การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะเวลา 18 เดือน หลังจากได้รับการรักษา
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	Killaspay, Bebbington, 2006			รักษา
Blizard, Johnson, Nolan, 2006	- เวลาในการทำงานเป็นลักษณะของ			- การรับบริการ
Pilling et al. /2006	สำนักงาน (9.00-17.00 น. วันจันทร์-วันศุกร์)			- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	- การพบกับผู้ป่วยจะเป็นไปตามกำหนดเวลานัดหมายที่ทำงานของทีมหรือเป็นการเยี่ยมบ้าน - เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการในการดูแล/ติดต่อกับผู้ป่วย - ทำงานในลักษณะส่งต่อข้อมูลร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีมมีน้อย - เวลาในการประชุมทีม : สัปดาห์ละ 1 ครั้ง - เกี่ยวข้องกับคนกลาง (broker) ที่จะเป็นคนให้คำแนะนำในประเด็นต่างๆ	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- จำนวนของ total team case load เท่ากับ 80-100			
	- จำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 12			
	- เวลาในการทำงานเป็นแบบ extended hours (8.00-20.00 น. ทุกวัน)			
	- สถานที่ที่ให้การดูแล/นัดหมายผู้ป่วย			
	ไม่จำเป็นต้องเป็นที่ทำงานของทีม อาจจะเป็นสถานที่อื่นๆ (เช่นบ้าน สวนสาธารณะ เป็นต้น)			
	- การทำงานจะเป็นในหลากหลายรูปแบบ			
	มีการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การยืดหยุ่น และมีการ			
	เข้าถึงปัญหาโดยการใช่วิธีการต่างๆ			
	(befriending, offering practical support and			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	and leisure activities)			
	- ความรับผิดชอบต่อการให้การศึกษา			
	หลักการงานจะเป็นแบบ ไม่มีการตัด/คัด			
	ผู้ป่วยออกจากแผนการรักษา จะพยายามดำเนิน			
	การให้ต่อเนื่อง			
	- การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบการ team approach			
	สมาชิกในทีม (ทีมสหวิชาชีพ) จะมีการทำงาน			
	ร่วมกันกับผู้ป่วย			
	- เวลาในการประชุมทีม : ค่อนข้างบ่อย			
	อาจจะเป็นเกือบทุกวันเพื่อจะอภิปรายกันถึง			
	ผู้ป่วยและการวางแผนการทำงานในแต่ละวัน			
	- ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย ทีมซึ่งเป็นสหวิชาชีพ			
	จะเป็นคนให้คำแนะนำในประเด็นต่างๆ			

จากการศึกษา พบว่ากิจกรรมที่ใช้ในการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model มีความหลากหลายและครอบคลุม โดยทุกการศึกษา ไม่ได้ระบุระยะเวลาและความถี่ของการให้บริการ

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model ในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 เรื่อง พบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางคลินิก

1.1 แบบประเมิน The Positive and Negative symptoms scales (PANSS, Kay, Fiszbein & Opler, 1987) ใช้ประเมินอาการแสดงทางจิต (Psychiatric symptoms) มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง Kane & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

1.2 แบบประเมิน Psychiatric symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality of life (QOLI scale scores) ใช้ประเมินอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

1.3 แบบประเมิน The Abnormal Involuntary Movement Scales for tardive dyskinesia (AIMS, Lane, Glazer, Hansen, Berman, & Kramer, 1985) และ Self-report on the Pennebaker Inventory of Limbic Languigness (PILL, Pennebaker, 1982) ใช้ประเมินอาการแสดงทางกาย (Physical symptoms) เพื่อแยกอาการทางกายออกจากอาการทางจิต มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

1.4 ประเมิน The 30-item Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ใช้ประเมินอาการทางกาย มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินทางด้านจิตสังคม

2.1 แบบประเมิน The Health Promoting Lifestyle Profile (Walker, Sechrist, Pender, 1987) ใช้ประเมินพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (health behavior) มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

2.2 แบบประเมิน The Multnomah community abilities Scale (MCAS, Barker, Barron, McFarlanf, & Bigelow, 1994; Barker, Barron, McFarlanf, Bigelow, & Carnahan, 1994) ใช้ประเมินภาวะการปรับตัวทางด้านสังคม (Community adjustment) มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

2.3 service logs และ employment records ที่มีลักษณะเหมือนกัน (สร้างโดย EIDP) ใช้ประเมินจำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่ใช้ในการช่วยหางาน และความช่วยเหลือในการหางานที่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า และประเมินข้อมูลการทำงานทั้งหมดอย่างน้อย 5 วัน ตามเกณฑ์ของ The U.S. Department of Labors definition of competitive employment ซึ่งหมายถึงงานหลักที่มีการจ่ายค่าตอบแทนตามอัตราการจัดจ้างขั้นต่ำ มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006)

2.4 แบบประเมินผลลัพธ์ของการจ้างงาน ประเมินเรื่องเกี่ยวกับงานในแต่ละด้าน เช่น หน้าที่รับผิดชอบ บุคคลที่เป็นคนติดต่องาน สถานะภาพของงาน ลักษณะความผิดปกติของผู้ร่วมงาน วิธีการในการหางาน ประโยชน์ที่พึงจะได้ และสิ่งตอบแทนที่ได้รับในกรณีที่มีปัญหาจากการทำงาน เป็นต้น มีผู้นำไปใช้ จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

2.5 แบบวัด The adapted form of the homeless engagement acceptance scale engagement with services from numbers lost to follow-up ใช้ประเมินจำนวนครั้งที่ขาดการรักษา มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

2.6 แบบประเมิน The Disability Rating Form (DF, Hoyle, Nietzel, Guthrie, Baker-Prewitt & Heine, 1992) ใช้ประเมินภาวะทุพพลภาพ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004)

6) ผลลัพธ์

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model กับการดูแลรูปแบบอื่น ดังนี้

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) กับการดูแลรูปแบบ Standard program of assertive community treatment (PACT) จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านอาการทางจิต พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ PANNS ที่ใช้ประเมินอาการแสดงทางจิต (Psychiatric symptoms)

- ด้านการปรับตัวทางด้านสังคม พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ MCAS ที่ใช้ประเมินภาวะการปรับตัวทางด้านสังคม (Community adjustment)

- ด้านความพึงพอใจ พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ MHSIP ที่ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการรักษา

- ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของการดูแลทั้งสองรูปแบบแบบในเรื่องของภาวะทุพพลภาพ อาการทางกาย และการส่งเสริมสุขภาพ

2) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model กับการดูแลรูปแบบ Clubhouse models จำนวน 1 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการหางาน พบว่ากลุ่ม ACT มี service engagement และ 24-month retention ที่ดีกว่ากลุ่ม Clubhouse อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (service engagement 98% vs 74% และ 24-month retention 79% , mean =650 ± 180 days vs 58%, mean =569 ± 288 days)

- ด้านการเริ่มทำงาน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ time to first job ระหว่างสองกลุ่ม โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษาทั้งหมดเริ่มงานภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (median for ACT =6.67 months vs Clubhouse =4.23 month)

- ด้านระยะเวลาในการทำงานและค่าตอบแทน พบว่ากลุ่ม Clubhouse มีค่าของระยะเวลาในการทำงาน, จำนวนชั่วโมงในการทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Calendar day employed 264 ± 214 days for clubhouse vs 173 ± 164 days for ACT; Total hours worked 754 ± 717 hours for clubhouse vs 592 ± 695 days for ACT; earnings $\$6202 \pm 5894$ for clubhouse vs $\$3948 \pm 4888$ for ACT)

- การประเมินในประเด็นเงินเดือนเป็นเสมือนสิ่งกระตุ้นในการประสบความสำเร็จในงาน พบว่าการที่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของระยะเวลาในการทำงาน, จำนวนชั่วโมงในการทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลมาจากค่าตอบแทน/รายได้ต่องานที่สูงกว่านั่นเอง ($\$7.94$ vs $\$6.45$, $p < 0.01$)

- เมื่อพิจารณาในส่วนของการ transitional employment พบว่าไม่มีความแตกต่างของกลุ่ม Clubhouse และกลุ่ม ACT ในเรื่องของ time to first job แต่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของ day employed และ earnings มากกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

- พบว่าการให้ ACT จะมีประสิทธิภาพดีในกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง physical health problem หรือ severe substance use disorders ในขณะที่การให้การดูแลแบบ Clubhouse จะให้ผลที่ดีในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น

3) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ ACT-IPS Program กับการดูแลรูปแบบ Support Employment Program (SEP) จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

3.1 ด้าน Vocational and mental health service พบว่า

- ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนมากกว่าครึ่งมีการรับบริการจาก vocational service ใน 9 รูปแบบจากทั้งหมด 10 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP จะมีการรับบริการจาก vocational service เพียง 2 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all vocational contact สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 54 vs 9)

- ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนสองในสามมีการรับบริการจาก mental health service ใน 4 รูปแบบจากทั้งหมด 8 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP จำนวนมากกว่าสองในสาม จะมีการรับบริการจาก mental health service 3 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของ

การศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all mental health service contact สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 86 vs 59)

- เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการให้บริการทั้งสองแบบ พบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all service contacts สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 140 vs 96)

3.2 Integration of vocational with mental health service พบว่า

- ผู้เชี่ยวชาญของ IPS employment จะทำงานประสานกันในเรื่องการประเมินเรื่องงาน การวางแผน การให้คำปรึกษาและการพัฒนางานร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางจิตที่จะมีผลต่อความสำเร็จของงาน นอกจากนี้ ACT-IPS โปรแกรมจะมีการปรับการบริการต่างๆให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะหางานใหม่ในกรณีที่ต้องหางานใหม่

- ผู้เชี่ยวชาญของ GC employment จะทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเรื่อง competitive work โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและมุ่งมั่นในเรื่องการวางแผนเกี่ยวกับงานและการพัฒนาทักษะในการทำงาน นอกจากนี้ SEP case manager จะเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยทั้งในแบบ mental health service และ supported service ในขณะที่ทีมแพทย์ของ SEP จะประเมินเรื่องสภาพจิตใจและให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา

3.3 Job outcomes : End point analyses พบว่า

- ได้งานทั้งแบบ competitive job และ all jobs ด้วยสองเหตุผลคือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เชื่อมั่นว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงและมีประวัติการทำงานที่ค่อนข้างจำกัดนั้น ถ้าได้ทำงานที่เป็นงานแบบ competitive job จะเป็นการช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวของพวกเขาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้เรื่องของความพอเพียงทางด้านเศรษฐกิจยังขึ้นอยู่กับรายได้ด้วย

- ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามี 87% (42 of 48 participants) ที่ได้งานแบบ competitive job ในขณะที่กลุ่ม SEP นั้นพบว่ามี 39% (20 of 51 participants) ที่ได้งานแบบ competitive job แต่ถ้าคิดจากจำนวนของทั้งกลุ่มพบว่ากลุ่ม ACT-IPS นั้นได้งานแบบ competitive job (63.6%) สูงกว่ากลุ่ม SEP (26.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, effect size = 0.38) แต่ไม่พบความแตกต่างในส่วนองงานแบบ all jobs (72.7 vs 66.2%, $p = 0.40$, effect size = 0.07)

- ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามียาได้จาก competitive job (median=\$549) มากกว่ากลุ่ม SEP (median=\$0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของรายได้จากงานแบบ all job

3.4 Weeks and hours worked พบว่า

- ในเรื่องของ competitive job นั้นพบว่ากลุ่ม ACT-IPS และ กลุ่ม SEP ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ weeks per job, week per longest job, hours/week/jobs และ wage/job แต่ในเรื่องของ weeks to first job นั้นกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานเร็วกว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median = 19 vs 46, $p = 0.005$) ส่วนในเรื่องของ all jobs กลับพบผลในลักษณะตรงกันข้ามคือกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานช้ากว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median = 19 vs 4.4, $p = 0.005$)

3.5 Job features พบว่า

- เมื่อเปรียบเทียบในส่วนของผู้เชี่ยวชาญของ IPS กับของ GC พบว่าผู้เชี่ยวชาญของ IPS สามารถดำเนินการร่วมกับ local employer ในการจัดหางานแบบ competitive job ได้มากกว่ากลุ่มของ GC (16% vs 3%) ในช่วยในการหางานที่เปิดรับสมัครอยู่ (29% vs 6%)

- เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ป่วยเองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการจัดหางานด้วยตัวเอง (38% for ACT-IPS participants vs 60% SEP participant) และในรูปแบบของการหางาน (informal contact; 17 vs 13%)

3.6 Job termination พบว่า

- การหยุดงานหรือออกจากงานแบบ competitive job ในทั้งสองกลุ่มศึกษา (กลุ่ม ACT และกลุ่ม SEP) เบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับประเด็นต่างๆ เช่น อาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการทำงาน (11.75 vs 8.8%) ความกดดันจากงานที่ทำอยู่ (11.75 vs 2.9%) ไม่พึงพอใจในภาระงานที่ทำอยู่ (9.1% vs 5.9%) ไม่สามารถดำเนินการในงานที่รับผิดชอบ (13.0% vs 5.9%) และไม่สามารถอยู่ในตำแหน่งเดิมที่ทำงานอยู่ (9.1% vs 23.5%)

3.7 Secondary symptom and quality of life outcomes พบว่า

- ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องของ Psychiatric Symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality of life (QOLI scale scores) ในช่วงเวลา baseline กับช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในทั้งสองกลุ่ม (กลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP)

4) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ Assertive Community Treatment Team กับการดูแลรูปแบบ Community Mental Health Team จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการรับบริการ เป็นการรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันทั้งหมดที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ในกลุ่ม assertive community treatment teams สูงกว่ากลุ่ม community mental health team

- ด้านจำนวนนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของจำนวนวันที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหา severe mental illness ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

- ด้านความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม Assertive Community Treatment Teams สูงกว่ากลุ่ม Community Mental Health Team (77.2 vs 70.0; $p=0.03$) และค่าเฉลี่ยของ quality of engagement service ของกลุ่ม Assertive Community Treatment Teams สูงกว่ากลุ่ม Community Mental Health Team (9.1 vs 8.0; $p=0.03$) นอกจากนี้ในส่วนของการ loss of follow-up พบว่ากลุ่ม Community Mental Health Team สูงกว่ากลุ่ม Assertive Community Treatment Teams (10 vs 2 ; $p=0.01$)

- ด้านภาระงาน พบว่า การดูแลจาก Assertive community treatment team มีจำนวนของ total team case load เท่ากับ 80-100 และจำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 12 ในขณะที่การดูแลจาก Community mental health team จำนวนของ total team case load เท่ากับ 300-350 และจำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 35

1.3 รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model

พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้ให้บริการและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

พบว่า ทีมผู้ให้บริการประกอบไปด้วยหลายสาขาวิชาชีพ เช่น ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เกสซกร และองค์กรอิสระ เป็นต้น และจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมและมีการทดสอบสมรรถนะก่อนมาดูแลผู้ป่วยจริงและสอบผ่านได้รับ licensed clinical social workers (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007) ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา จำนวน 2 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000)

2) ผู้รับบริการ

พบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) และอยู่ในชุมชน จำนวน 3 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007) มีลักษณะดังนี้

การวินิจฉัยโรค พบว่าม้งานวิจัยที่ระบุถึงการวินิจฉัยโรคไว้ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Psychiatric Disorder หรือ Mood Disorder จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) ผู้ป่วย 60% ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia และอีก 20% ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007)

อายุ พบว่าม้งานวิจัยที่ระบุถึงอายุไว้ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) อายุระหว่าง 18-65 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่าม้งานวิจัยที่ระบุถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้ดังนี้ เป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie,

Jacobs, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000)

จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลไว้ดังนี้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 2 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

การทำงานและการประกอบอาชีพ พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงการทำงานและการประกอบอาชีพไว้ดังนี้ อยู่ในสภาพว่างงานหรือไม่มีอาชีพเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000)

ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงประวัติการใช้สารเสพติดไว้ดังนี้ ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จำนวน 2 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

แหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีงานวิจัยที่ระบุถึงแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมดังนี้ ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆค่อนข้างน้อย อยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพจิตชุมชนอย่างน้อย 12 เดือน และได้รับการบ่งชี้ว่ามีความยากลำบากในการรักษาตามมาตรฐานของชุมชน จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007)

3) สถานที่ให้บริการ

พบว่า การศึกษาวิจัยทั้ง 4 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด โดยเป็นการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) และศึกษาในชุมชน จำนวน 3 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007)

4) ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ

ลักษณะของกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่ต้องการวัด ดังแสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบปกติ	- เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก	1. แบบประเมิน The Life	- ทักษะทางสังคม
1. Predicting community survival in early psychosis and schizophrenia populations after receiving intensive case management	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ : Intensive Case Management Model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย 1. ให้สุขภาพจิตศึกษาบุคคล (Individual Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา รักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรจิต	1-2 สัปดาห์	Skills Profile Score (LSP) ใช้ประเมินทักษะด้านการดำรงชีพ (living skills)	- ทักษะการดำรงชีพ และทักษะด้านอาชีพ
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	2. จัดตั้งคลินิกบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย		2. แบบประเมิน SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) ใช้ประเมินการทำงานด้านสังคมและด้านทักษะอาชีพ	
Preston /2000	- จัดบำบัดรายบุคคล (individual therapy) - ให้การปรึกษาแบบประคับประคอง - ให้คำปรึกษาครอบครัว			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- กลุ่มบำบัด (group therapy) เช่น กลุ่มทำงาน ครอบครับบำบัด			
	3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) - การฝึกทักษะสังคมและทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม			
	กิจกรรมสนับสนุนการ - ฝึกทักษะด้านการทำงาน			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบปกติ	- ไม่ได้ระบุไว้ใน	1. แบบประเมิน BPRS	- อาการทางจิต
2. Cost-effectiveness	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ : Intensive Case Management Model	การศึกษา	(The Brief Psychiatric Rating Scale) ใช้ประเมิน ลักษณะอาการทางจิตของ ผู้ป่วย	- พฤติกรรมและการ ทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย
Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care Organization for Patients With Chronic Schizophrenia ผู้ศึกษา/ปีที่ ศึกษา	การดูแล ไม่ได้แสดงไว้ในการศึกษา		2. แบบประเมิน SLOF (Specific Level of Functioning scale) ใช้ ประเมินพฤติกรรมและ การทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย	- ความพึงพอใจของ ผู้ป่วย
Chan, Mackenzie, Jacobs/2000			3. แบบประเมิน PSI (The Patient Satisfaction	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง 3. Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management : Does It Improve Outcome?	กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Intensive Case Management Model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย - การดูแลผู้ป่วยจะเป็นแบบรายบุคคล โดยใช้ natural community sources - Caseload เท่ากับ 20 คน - Strengths-based providers จะดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดด้วยตัวเอง สร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้ป่วย และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วย	- ไม่ได้อยู่ใน การศึกษา	Instrument) ใช้ประเมิน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ บริการที่ได้รับ 1. แบบบันทึกการรับ บริการในโรงพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนชั่วโมงที่รับบริการ การบำบัดรายบุคคลและ กลุ่ม และจำนวนชั่วโมงที่ ทำกิจกรรมร่วมกับอาสา สมัครและผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง	- การรับบริการ - เครือข่ายทางสังคม - ผลลัพธ์ : ความพึง พอใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต อาการ ทางคลินิก

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	มีส่วนร่วม ให้การบำบัดแบบ cognitive-behavioral therapy on a social skill model - ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์		2. แบบบันทึกการรับบริการด้วยตนเอง เช่น รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก	
	กลุ่มทดลอง : "ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ Peer-assisted care กิจกรรมการดูแลประกอบด้วย - การดูแลจะคล้ายกับ strengths model ยกเว้นเรื่อง consumer enhancement - Consumer peer provider ที่จะเข้ามาดูแล		รับบริการคลินิกเคลื่อนที่ในภาวะวิกฤต จำนวนวันที่รับการรักษา	
	ผู้ป่วยจะมีลักษณะและคุณสมบัติที่เข้ากับผู้ป่วยที่จะต้องดูแลเป็นอย่างดี ต้องไม่มีประวัติใช้ยาเสพติดหรือติดแอลกอฮอล์และอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 3-8 ปี และถูกคัดกรองมาจากบริการ		3. แบบประเมิน The Pattison Network Inventory ในประเมินประเด็นต่างๆ ได้แก่ ขนาดของเครือข่าย จำนวนของผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ระดับของความสัมพันธ์	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
เรื่องงานและอาชีพ and peer advocacy programs			ความยืดหยุ่นของเครือข่ายทางสังคม	
- Peers จะสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องกิจกรรมในสังคมและสร้างเครือข่ายทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และจะมีหน้าที่ในการวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันทั้งในรูปแบบกิจกรรมที่บ้านหรือกิจกรรมชุมชน			4. แบบประเมิน The Behavioral Health Care Rating of Satisfaction ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ	
- Consumer peer provider ที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะและคุณสมบัติที่เข้ากับผู้ป่วยที่จะต้องดูแลเป็นอย่างดี ต้องไม่มีประวัติใช้ยาหรือติดแอลกอฮอล์และอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 3-8 ปี และถูกคัดกรองมาจาก อบรมการบริการเรื่องงานและอาชีพ และการทำหน้าที่แทน			5. แบบประเมิน The Lehman Quality of Life Inventory ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
	- Peers จะสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องการร่วมกิจกรรมทางสังคม และสร้าง การสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และจะมีหน้าที่ในการวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันทั้งในรูปแบบกิจกรรมที่บ้านหรือกิจกรรมชุมชน - นอกจากนี้ Peer จะได้รับการอบรมในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ โดยใช้ชุมชนเป็นหลัก 2. Clinic-based care : ให้การดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางจิตเวชและนักสังคมสงเคราะห์ - การรักษาเป็นแบบ strengths-based treatment ที่เหมือนกับกับการดูแลอีก 2 แบบ แต่ให้การบริการจำกัดแค่ในเวลาทำการ			

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
ชื่อเรื่อง	กลุ่มควบคุม :-	- ไม่ได้ระบุไว้ใน	1. แบบประเมิน	- อาการทางจิต
4. Case management for individuals with a Severe Mental Illness : A 6-Year Follow-Up Study	กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบ : Intensive Case Management Model กิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย 1. การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเริ่มในปี 1995 ทีมประกอบด้วย ผู้ให้บริการทางจิต 1 องค์การอิสระอีก 4 รวมเป็น 5 ให้การบริการตามเวลา ราชการในช่วงวันทำการ มีการบริการที่เข้มข้นเพื่อสร้างความเชื่อมั่นกับผู้รับบริการและญาติ 2. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะได้รับการฝึกการจัดการในสถานการณ์ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน และให้การสนับสนุนในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	- ไม่ได้ระบุไว้ใน การศึกษา	Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) (Oliver et al., 1997) LQOLP ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต	- เครือข่ายทางสังคม - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ
ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา Bjorkman & Hansson /2007			2. แบบสัมภาษณ์ Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980; Unden & Orth-Gomer, 1989) ใช้ประเมินเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัด	

ตาราง 3 ลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ในการให้บริการ เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่วัด รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้ศึกษา/ปีการศึกษา	กิจกรรมที่ใช้	ระยะเวลาและความถี่	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ที่วัด
			ด้านสังคมบูรณาการมีการ 3. แบบประเมิน The Hopkins Symptom Check List-90 (SCL-90) (Derogatis & Fasth, 1977) SCL-90 ใช้ ประเมินอาการทางจิต	

จากการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model พบว่ากิจกรรมที่ใช้ในการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเน้นการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของผู้ป่วย มีจำนวน 1 การศึกษาที่ไม่ได้แสดงข้อมูลกิจกรรม การดูแล ส่วนระยะเวลาและความถี่ของการให้บริการพบว่าให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์ มีจำนวน 3 การศึกษาที่ไม่ระบุระยะเวลาและความถี่ของการให้บริการ

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 เรื่อง พบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางคลินิก

1.1 แบบประเมิน BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale) ใช้ประเมินลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วย มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, Jacobs, 2000)

1.2 แบบประเมิน The Hopkins Symptom Check List-90 (SCL-90) (Derogatis & Fasth, 1977) SCL-90 ใช้ประเมินอาการทางจิต มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007)

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินทางด้านจิตสังคม

2.1 แบบประเมิน The Life Skills Profile Score (LSP) ใช้ประเมินทักษะด้านการดำรงชีพ (living skills) จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000)

2.2 แบบประเมิน SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) ใช้ประเมินการทำงานด้านสังคมและด้านทักษะอาชีพ มีผู้นำไปใช้ จำนวน 2 เรื่อง (Chan, Mackenzie, Jacobs, 2000; Preston, 2000)

2.3 แบบประเมิน PSI (The Patient Satisfaction Instrument) ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, Jacobs, 2000)

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3.1 แบบบันทึกการรับบริการในโรงพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนชั่วโมงที่รับบริการการบำบัดรายบุคคลและกลุ่ม และจำนวนชั่วโมงที่ทำกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

3.2 แบบบันทึกการรับบริการด้วยตนเอง เช่น รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก รับบริการคลินิกเคลื่อนที่ในภาวะวิกฤต จำนวนวันที่รับการรักษา มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

3.3 แบบประเมิน The Pattison Network Inventory ในประเมินประเด็นต่างๆ ได้แก่ ขนาดของเครือข่าย, จำนวนของผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง, ระดับของความสัมพันธ์, ความยืดหยุ่นของเครือข่ายทางสังคม มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

3.4 แบบประเมิน The Behavioral Health Care Rating of Satisfaction ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

3.5 แบบประเมิน The Lehman Quality of Life Inventory ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007)

3.6 แบบสัมภาษณ์ Schedule for Social Interaction (SSI) (Henderson et al., 1980; Unden & Orth-Gomer, 1989) ใช้ประเมินเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัดด้านสังคมบูรณาการมีการ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007)

6) ผลลัพธ์

การศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ทั้ง 4 เรื่อง พบว่า

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, Jacobs, 2000) และศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000) พบว่า

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านทักษะการดำรงชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติของค่าการดำรงชีพในสังคม แต่พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำครั้งหนึ่ง (จำนวน 49 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนช่วงเวลาเดียวกันได้โดยไม่ป่วยซ้ำเพียง 3 คน (จำนวน 42 ราย)

- ด้านทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพ SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) มีทักษะด้านสังคมและทักษะด้านอาชีพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia)

- ด้านพฤติกรรมการทำงานประจำวัน พบว่า พฤติกรรมและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) มีการศึกษาเปรียบเทียบกับการดูแลรูปแบบ Peer-Assisted Care จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการรับบริการของกลุ่มที่ได้รับ Strengths model พบว่า

- มีจำนวนชั่วโมงการทำงานกิจกรรมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

ทางมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

- ด้านการรับบริการ กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care พบว่า

- มีจำนวนชั่วโมงที่ทำการกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัคร เพิ่มขึ้นในช่วง 7-12 เดือนเมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลา 0 - 6 เดือนแรก ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในส่วน of ตัวแปรด้านอื่นๆในเรื่องของการรับบริการ เมื่อพิจารณาทั้ง 3 กลุ่มที่ช่วงเวลาเริ่มต้นกับช่วงติดตาม

- ด้านการรับบริการ กลุ่มที่ได้รับ Clinic-based care พบว่า

- มีจำนวนชั่วโมงในเรื่องการบำบัดรายบุคคลมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

- ด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care มีการเพิ่มขึ้นของ all number of contact จากช่วง baseline ถึงช่วง 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และพบว่ามี significant improvement ในกลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care ในเรื่องของ total number of others involved in social activities, total number of other who helped clients และ network density ($p<0.05$) เมื่อพิจารณาจาก reliable main effects

3) มีการศึกษาใช้การออกแบบอนุกรมเวลา (time series design) จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007) ผลลัพธ์ที่พบคือ

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรายข้อของแบบวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนายังเห็นได้ชัดในปีที่ 6 ของการตรวจเยี่ยม และเมื่อใช้อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านคุณภาพชีวิต ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในห้องชุดเพียงคนเดียว ไม่ได้ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่โดยได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการ เมื่อติดตามในเดือนที่ 6 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยได้รับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 28 คน และเมื่อติดตามในปีที่ 6 หลังได้รับโปรแกรม พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการจัดสรรที่อยู่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 11 คนเป็น 17 คน และได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 45 คน

- ด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีการพบปะเพื่อนจาก 36 คน เพิ่มขึ้นเป็น 75 คน และมีการพบปะกับเพื่อนมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับสูง

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในส่วนของการอภิปรายผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งหมด 16 เรื่อง พบว่าเป็นการศึกษาในประเทศ จำนวน 8 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง เมื่อนำมาวัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าการศึกษาในประเทศทั้ง 8 เรื่อง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ B และใน 8 เรื่องนี้เป็นโครงการศึกษาอิสระที่มีการออกแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 5 เรื่อง มีการศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการของงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง และระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยทุกเรื่องได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการของงานสุขภาพจิตและจิตเวช เมื่อมองการศึกษาในประเทศโดยภาพรวมแล้ว ถ้าการศึกษาครั้งต่อไปมีการออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองจะได้รับความน่าเชื่อถือมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการศึกษาในประเทศทั้ง 6 เรื่องจะไม่ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ แต่ก็มีมีการตีพิมพ์ไว้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Research) ที่มีความน่าเชื่อถือและทุกคนที่สนใจสามารถเข้าไปสืบค้นข้อมูลได้ และเมื่อมีการสังเคราะห์ถึงวิธีดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย พบว่างานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง มีวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ จึงนับได้ว่าเป็นทั้งหมดเป็นงานที่มีคุณภาพและมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

1. ลักษณะของผู้รับบริการ

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง พบว่ามีข้อบ่งชี้ที่นำมาเป็นเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีอยู่หลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ขอเลือกเฉพาะข้อบ่งชี้ที่สำคัญมาอภิปราย ซึ่งมีดังนี้

- จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นข้อบ่งชี้ที่การศึกษาส่วนใหญ่นำมาเป็นเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักเป็นผู้ที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง หรือเป็นผู้ที่แพทย์หรือจิตแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลการศึกษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) นั้นหมายถึงว่าภายใต้การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีจุดเริ่มต้นมาจากการที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ จนทำให้มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการกำเริบและป่วยซ้ำบ่อยๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Lehman, 2000) หากป่วยซ้ำบ่อยๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยมาก ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ที่มีข้อบ่งชี้เช่นนี้ควรได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

- ผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเอง ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม จะมีความยุ่งยากในเรื่องของการรับบริการเพราะผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาจากหลายแผนก ในขณะเดียวกันผู้ป่วยประเภทนี้ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสูงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประวัติใช้สารเสพติดจะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำบ่อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียว (Clark et al., 1998) ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 4 เรื่อง ถ้ามองในแง่ปริมาณอาจดูน้อย แต่ถ้ามองในแง่ของความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลแล้วผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดควรได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนข้อบ่งชี้เรื่องประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเอง ที่พบจากการศึกษาครั้งนี้มีเพียง 1 เรื่อง แต่การเลือกมาอภิปรายผลเป็นเหตุผลเดียวกับประวัติการใช้สารเสพติด เพราะผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายมักมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย หากผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์และไม่ได้รับการดูแลเรื่องซึมเศร้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงจนทำร้ายตนเองและผู้อื่นตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเองจึงควรได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

- แหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ข้อบ่งชี้ที่พบคือ ผู้ที่ถูกญาติทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหากับสังคมและชุมชน ไม่มีพนักอาศัย ถูกล่ามขัง (ปราชญ์ บุญวงศ์

วิโรจน์ และคณะ, 2546; วิลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์, สมจิต แคนสีแก้ว, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2549; สันติชัย จำจิตรชั้น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, 2551; Worley, 1997; Lehman, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้แหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม เป็นเกณฑ์คัดเลือกให้การดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 7 เรื่อง คงเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่ขาดสิ่งเหล่านี้จะทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และโดดเดี่ยว ไม่มีคนดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา หรือเมื่อมีสัญญาณเตือนของอาการทางจิตที่จะกำเริบก็ไม่มีใครสังเกตเห็น ที่ร้ายแรงกว่านั้นเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรงก็ไม่มีผู้นำส่งโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นหรือตัวเองได้ (Lehman, 1999) ดังนั้นผู้ที่มิมีปัญหาขาดแหล่งสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมจึงควรได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. สถานที่ในการให้บริการ

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เป็นการศึกษาในชุมชน จำนวน 13 เรื่อง ศึกษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง และในจำนวน 3 เรื่องนี้มีการศึกษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชนจำนวน 1 เรื่อง การที่ผลการศึกษาออกมาเป็นเช่นนี้อาจเกิดจากนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เพราะในอดีตการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช ยาวนาน บางคนอยู่ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต (ยาใจ สัทธิมงคล, 2538) แต่นโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องการลดระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Deinstitutionalization) (กรมสุขภาพจิต, 2544) โดยผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน และการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมีทีมสุขภาพแต่ละวิชาชีพที่พร้อมจะเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยอยู่แล้ว ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ย่อมมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ ฉะนั้นหากไม่มีรูปแบบการดูแลที่จัดบริการเชิงรุกไปถึงผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเหล่านี้อาจขาดการรักษาจนป่วยซ้ำได้ ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง (continuum care) ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ดังนั้นหากเป็นไปได้ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องไปถึงชุมชน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ย่อมพบว่ามีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล

3. ผู้ให้บริการและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผู้ให้บริการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนไม่ใช่ความรับผิดชอบของใครคนใดคนหนึ่ง แต่การดูแลต้องอาศัยความหลากหลายในลักษณะทีมสหวิชาชีพ จากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง พบว่าผู้ให้บริการมีลักษณะเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยการศึกษาในเมืองไทยพบว่า ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักอาชีวบำบัด ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับสารเสพติด (substance abuse specialist) และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าทีมผู้ให้บริการไม่ได้ประกอบด้วยบุคลากรในทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ยังมีบุคลากรจากหน่วยงานภายนอกหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเข้ามาเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของเมืองไทยศึกษาพบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเข้ามาเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการงานและอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเข้ามาเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่ว่าทีมสหวิชาชีพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปริญญาโท (Master's level mental health professionals) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเกี่ยวกับสารเสพติด (Substance abuse specialist) ผู้เชี่ยวชาญพิเศษอื่นในทีมสุขภาพ (Peer specialist) ที่ปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพ (Employment consultant, job or vocational specialist) ผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (Remaining clinical staff) และผู้ช่วยประสานงานและบริหารโปรแกรม (Program administrative assistant) (Stein & Santos, 1998) และสอดคล้องกับศึกษาของ Stein & Test (1980) ที่ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการดูแลที่เน้นการทำงานในลักษณะการนำแนวคิดจากหลากหลายวิชาชีพมาเป็นหลักของการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมคณะทำงาน เพื่อให้การจัดการดูแลผู้ให้บริการอย่างครอบคลุม การฟื้นฟูและสนับสนุนให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้เพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจากทีมผู้ให้บริการ จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง พบว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ปฏิบัติงานการ

พยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป และมีความรู้/ความเข้าใจเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 2 เรื่อง 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง 3) พยาบาลจิตเวช จำนวน 2 เรื่อง 4) พยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 เรื่อง และ 5) นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกอบรมและมีการทดสอบสมรรถนะก่อนมาดูแลผู้ป่วยจริงและสอบผ่านได้รับ licensed clinical social workers จำนวน 1 เรื่อง และจากการศึกษาทั้ง 16 เรื่อง พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Powell (1996) ที่ว่าผู้ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cohen & Cesta (2001) ที่พบว่าผู้ที่ทำบทบาทหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้เหมาะสมมากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งส่วนใหญ่จบปริญญาโทหรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinician Nurse Specialist) เพราะสามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี

4. รูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อนำมาพิจารณากันกรองพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นำมาใช้ในการศึกษามีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ชนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ น้อยดื้อ, 2550) 2) รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams, & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) และ 3) รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) แต่ละรูปแบบให้ประสิทธิผลดังนี้

4.1 ประสิทธิภาพของ Clinical Case Management model

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model ทำให้เกิดผลลัพธ์ในผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก 2) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม และ 3) ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากผลลัพธ์ที่พบ สอดคล้องกับกิจกรรมการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้ ลักษณะกิจกรรม ประกอบด้วย 1)การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม(Individual & Group Psychoeducation) 2)ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ประกอบด้วย ความรู้เรื่องดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยและประโยชน์ของการไปพบแพทย์ตามนัด 3) ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) 4) ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) 5) ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 6) ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลืองานบ้าน ร่วมงานกับเพื่อนบ้าน 7) สนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรทางสังคมที่อยู่ในชุมชน รวมถึงช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว 8) ส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนดูแลต่อ ซึ่งกิจกรรมการดูแลทั้งหมดเป็นการให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย เพราะทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต แต่เป็นความบกพร่องที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินโรคของโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ (Gillam, 2006) มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อม สูญเสียทักษะทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังนั้น กิจกรรมการดูแลจึงต้องประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนก, 2540) การให้ความรู้ต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหานั้นๆเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและผู้ดูแลควรประกอบด้วย การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วย (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537; กรมสุขภาพจิต, 2541) การสอนทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral oriented skill teaching) (Stein & Santos, 1998) และการส่งผู้ป่วยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำในชุมชนดูแลต่อ เป็นการสร้างแนวร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และกัลยา อันชื่น, 2542) อันจะส่งผลให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ป่วยและลบมุมมองของชุมชนที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลอันตราย น่ากลัว และไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (สุพัตรา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548 ; อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากชุมชนและดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข อันนำมาซึ่งความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4.2 ประสิทธิภาพของ Assertive Community Treatment model: ACT

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model กับการดูแลรูปแบบอื่น ดังนี้

1) การศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง การจัดการรายกรณีแบบ ACT และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Team) (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006)

ทีม ACT ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะดังนี้คือ บุคลากรในทีม 1 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด 12 คน การนัดพบกับผู้ป่วยจะเป็นสถานที่ในชุมชน เช่น ที่บ้าน สวนสาธารณะ หรือ ร้านอาหาร เป็นต้น การนัดพบกับผู้ป่วยหลายรูปแบบและมีความยืดหยุ่นในเวลานัด เช่น ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องการซื้อสิ่งของเครื่องใช้ เป็นต้น ทีม ACT ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ไม่มีการยุติการดูแล ลักษณะการทำงานเป็นทีม คือสมาชิกทุกคนในทีมร่วมให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และแหล่งที่ให้การช่วยเหลือจะมาจากบุคลากรที่อยู่ในทีม ส่วนลักษณะของทีมสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Team) มีดังนี้คือ บุคลากรในทีม 1 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด 35 คน การนัดหมายส่วนใหญ่จะเป็นที่เป็นคลินิกในชุมชน หรือเยี่ยมบ้าน การพิจารณายุติการดูแล ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ ลักษณะการทำงาน จะมีการดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง จะมีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมมีน้อย จะมีการส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากแหล่งให้การช่วยเหลือภายนอก เช่น ติดต่อกับที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย หรือสิทธิการรักษา เป็นต้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลทั้ง 2 แบบที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภายหลังติดตามผล 18 เดือน ตลอดจนไม่มีความแตกต่างในด้านผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสังคมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก ทีม ACT มีแนวโน้มที่จะเข้ามารับการดูแลตามกำหนดและมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแล มากกว่าทีมสุขภาพจิตชุมชน แสดงให้เห็นว่า ทีมสุขภาพจิตชุมชนสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงได้มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการดูแลโดย ทีม ACT ผลที่ได้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการดูแลแบบ ACT จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลแบบดั้งเดิมโดยทีมสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าการนำการจัดการรายกรณีแบบ ACT มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ยังเป็นบริการใหม่ บุคลากรไม่มีประสบการณ์ ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพลดลง หรือระยะติดตามผล 18 เดือนอาจไม่นานพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หรือลักษณะการให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รูปแบบ อาจจะคล้ายคลึงกัน

2) การศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) กับการดูแลรูปแบบ Standard program of assertive community treatment (PACT) (Kane & Blank, 2004)

โดยปกติแล้วทีม PACT ประกอบด้วยบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำงานร่วมกันเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน โดยปกติแล้วทีม PACT ประกอบด้วยผู้ประสานงาน นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการทางาน ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด และจิตแพทย์ ส่วน NPACT มีรูปแบบที่แตกต่างจาก ACT แบบดั้งเดิม โดยเพิ่มบุคลากรในทีมคือพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ที่ให้การดูแลในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย และ กลุ่มเพื่อนผู้ให้การช่วยเหลือ (Consumer Peer Providers) โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่นมากขึ้น และช่วยเหลือแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลแบบ NPACT program เน้นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับยา การจัดการกับอาการทางจิต และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ให้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบ NPACT program ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการให้การดูแลดีกว่าการดูแลแบบ PACT ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกิจกรรมการดูแลแบบ NPACT program มีกลุ่มเพื่อนผู้ให้การช่วยเหลือ ที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน โดยกลุ่มเพื่อนผู้ให้การช่วยเหลือที่เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยจะเป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย จึงมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยดี ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดเวลา 24 ชั่วโมงทุกวันอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันก็จะได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีร่วมด้วยเป็นการป้องกันอาการทางจิตกำเริบจนป่วยซ้ำ

3) การศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ และรูปแบบ Clubhouse model ที่มีบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006)

ในการศึกษานี้การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่นำมาเปรียบเทียบ มีลักษณะของรูปแบบ ACT มาตรฐานและมีการผนวกเอาผู้เชี่ยวชาญด้านการงานอาชีพมาร่วมในทีมผู้ดูแล โดยรูปแบบดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบกับ Clubhouse model ซึ่งเป็นรูปแบบโปรแกรมการฟื้นฟูทางด้านจิตสังคมสำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง กิจกรรมของสมาชิกใน

Clubhouse เป็นกิจกรรมเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นที่ความสามารถหรือจุดแข็งของผู้ป่วย ไม่เน้นที่โรคของผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่มีบริการทางคลินิก หรือบุคลากรทางการแพทย์ในโปรแกรม การที่มีส่วนร่วมของสมาชิกใน Clubhouse จะมีลักษณะของอาสาสมัคร นอกจากนี้ Clubhouse ยังมีบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปทำงานได้ในชุมชน โดยช่วยเหลือเกี่ยวกับการกรอกประวัติเข้าทำงาน ทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน การเดินทาง เป็นต้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านการงาน เช่น ด้านการหางาน ด้านระยะเวลาในการทำงานและค่าตอบแทน พบว่า ทั้ง 2 รูปแบบมีผลลัพธ์ด้านการงานดีไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า Clubhouse model เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับด้านการงานของอาชีพของผู้ป่วย แต่อาจจะไม่เหมาะสมถ้าผู้ป่วยนั้นยังมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการป่วยอยู่ ดังนั้นการจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการรวมเอาความช่วยเหลือด้านอาชีพ การงานร่วมกับการดูแลด้านอาการของโรค

4) การศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ และรูปแบบการบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพแบบดั้งเดิม (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams, & Keleher, 2006)

การจัดการรายกรณีแบบ ACT ในการศึกษาได้ ประกอบด้วยทีมย่อย 2 ทีม คือทีม ACT ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ซึ่งมีแต่ละคนในทีมมีหน้าที่ให้บริการตามบทบาทอาชีพของตน และทีม IPS ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการงาน โดยที่ทั้ง 2 ทีมจะทำงานประสานกัน ซึ่งทีม IPS จะดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการประเมินเรื่องงาน ร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนการทำงาน การให้คำปรึกษาและการพัฒนางาน และทีม ACT ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอาการทางจิต ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จในการทำงาน นอกจากนี้ การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาทีมที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการงานอาชีพ ยังมีการปรับการบริการต่างๆให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะหางานใหม่ในกรณีที่ต้องหางานใหม่ ส่วนโปรแกรมที่นำมาเปรียบเทียบจะมีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเกี่ยวกับการงานอาชีพที่คล้ายคลึงกัน แตกต่างกันที่ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความช่วยเหลือด้านการงานอาชีพ จะพิจารณางานให้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม และไม่มีการทำงานกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลเกี่ยวกับอาการป่วยทางจิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม ACT ที่ผนวกเอาทีมที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการงานอาชีพ จะมีระยะการไต่งานที่เร็วกว่า มีโอกาสที่จะไต่งานที่มีการแข่งขันและมีรายได้มากกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการจากโปรแกรมที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพแบบดั้งเดิม สำหรับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงและมีประวัติการทำงานที่ค่อนข้างจำกัดนั้น ถ้าได้ทำงานที่มีการแข่งขันการไต่งานกับคนอื่น จะเป็นการช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตัวของพวกเขาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม มีรายได้ที่พอเพียงกับการดำเนินชีวิตอีกด้วย

ซึ่งจากการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนข้อมูลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการการดูแลที่หลากหลายและแตกต่างกัน ยิ่งผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนมากยิ่งขึ้นต้องการกิจกรรมการดูแลที่มาก ดังนั้นในปัจจุบันจึงเห็นว่าการศึกษารูปแบบ ACT ร่วมกับการดูแลรูปแบบอื่นๆและให้ผลลัพธ์ในทางที่ดีเพิ่มมากขึ้น

4.3 ประสิทธิภาพของ Intensive Case Management (ICM) model

การศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ทั้ง 4 เรื่อง พบว่า

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000) และศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000) พบว่า

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านทักษะการดำรงชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติของค่าการดำรงชีพในสังคม แต่พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (Early psychosis) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำครั้งหนึ่ง (จำนวน 49 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนช่วงเวลาเดียวกันได้โดยไม่ป่วยซ้ำเพียง 3 คน (จำนวน 42 ราย)

- ด้านทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพ SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) มีทักษะด้านสังคมและทักษะด้านอาชีพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia)

- ด้านพฤติกรรมการทำงานประจำวัน พบว่า พฤติกรรมและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

จากผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแล้วจะมีอาการทางจิต ทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยครั้งแรกมีความเสี่ยงมีน้อย หากได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างรวดเร็วย่อมเกิดผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) เพราะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอาจผ่านการป่วยซ้ำมาหลายครั้ง ซึ่งการกลับป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง (Gillam, 2006) ดังนั้นผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) จึงดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia)

2) การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลรูปแบบ Consumer-assisted and non-consumer-assisted case management กับ การให้การดูแลพื้นฐานที่คลินิก (Rivera, Sullivan, & Valenti, 2007)

ในการศึกษานี้มีการเปรียบเทียบรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงในชุมชน 3 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 Consumer-assisted intensive case management เป็นรูปแบบที่มีการบริการให้การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือบำบัดต่างๆ โดยเน้นที่การฟื้นฟูศักยภาพ จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าตัวโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ส่วนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เยี่ยมบ้าน รูปแบบที่ 2 Intensive case management ที่ไม่มีการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และรูปแบบที่ 3 Standard case management โดยที่การให้บริการทั้งหมดจำกัดเฉพาะที่คลินิก

รูปแบบของ Intensive case management ที่ใช้ในการศึกษานี้ การบริการที่ใช้ใช้หลักของ strengths model คือให้การบริการโดยใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในทีมนี้กับผู้ป่วยจะมีความใกล้ชิดดีกว่ารูปแบบอื่น และให้บริการติดต่อทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังมีการจัดกลุ่มบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมอีกด้วย

ส่วนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะมีการคัดเลือกเพื่อนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วย เช่นเป็นโรคเดียวกัน มีประวัติเข้าโรงพยาบาลหลายครั้ง ต้องพึ่งพาอาศัยเพื่อให้ป้องกันอาการทางจิตกำเริบ โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มเพื่อนจะเป็นผู้ที่สามารถอยู่ในชุมชน 3 ถึง 8 ปี โดยที่ไม่มีอาการกำเริบ และได้รับการฝึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเพื่อนช่วยผู้ป่วยในการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยใช้สถานที่ในชุมชน การเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ส่วนกลุ่มที่ 3

รูปแบบการให้บริการจะเหมือน 2 กลุ่มแรกซึ่งเน้นหลักของ Strengths model แต่การบริการทั้งหมดจะอยู่ที่คลินิก และไม่มีให้บริการติดต่อทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง

จากผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 รูปแบบ มีอาการทางจิตลดลง และมีคุณภาพชีวิต ตลอดจนมีความพึงพอใจในการเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 3 รูปแบบ มีพฤติกรรมการสร้างเครือข่ายทางสังคมดีขึ้นไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษารั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มบริการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับการจัดการรายกรณี ไม่ได้ช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม

3) การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ติดตามผลระยะยาว (Bjorkman, & Hansson, 2007)

จากผลลัพธ์ พบว่าเมื่อมีการติดตามผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ในผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวช่วยลดอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่า การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นแตกต่างจากรูปแบบเสมือนเป็นตัวแทนและทางคลินิก กล่าวคือ ส่วนใหญ่ของการดูแลรักษา การฟื้นฟู และหน้าที่ต่างๆในการจัดการรายกรณีเป็นหน้าที่ของทีมการรักษา ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการฟื้นฟูด้านอาชีพ ด้านกายภาพบำบัด ด้านการพยาบาล ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านจิตเวช ทีมการรักษาให้การบำบัดทางคลินิก เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง การจัดการกับภาวะวิกฤติ การจัดการเรื่องยา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการกับอาการ การดูแลติดตามเรื่องยา ทักษะการจัดการกับปัญหา การส่งเสริมกิจกรรมงานอาชีพและสันตินาการ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551) ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Ziguras & Stuart (2000) ที่พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ช่วยลดการใช้บริการทางจิตเวช อาการทางจิตดีขึ้น การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และจากการศึกษารั้งนี้ยังมีการเปรียบเทียบผู้ที่เลิกติดต่อหรือยกเลิกการการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ที่ยังรับบริการอยู่พบว่า ผู้ที่ยังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอาการทางจิตน้อยกว่า การทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า มีเครือข่ายทางสังคมดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่า เป็นการสนับสนุนว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะสั้นและระยะยาว

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้ได้องค์ความรู้และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 16 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพ พบว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Kane & Blank, 2004; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วราภรณ์ มารักษา, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ ฌ้องดื้อ, 2550; Preston, 2000; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006; Bjorkman & Hansson, 2007) ซึ่งทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 8 เรื่อง และในต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง สามารถสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

ประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์ในประเด็นรูปแบบ พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นำมาใช้ในการศึกษามีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ ฌ้องดื้อ, 2550) 2) รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican,

Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) และ 3) รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) โดยแต่ละรูปแบบให้ประสิทธิผลดังนี้

1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ Clinical Case Management model

การศึกษานี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงพาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรพรรณ ฆ้องด้อย, 2550) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

1.1 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอัตราการป่วยซ้ำ พบว่าอัตราการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2548)

- ด้านสมรรถภาพ พบว่าสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

1.2 ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อำพัน หิรัญอุทก, 2547)

- ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อรพรรณ ฆ้องด้อย, 2550)

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับ พบว่า ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยชำนาญ; วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

- ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ศันสนีย์ พูนผล, 2547; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงดา กุลรัตนญาณ, 2550)

1.3 ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- ด้านจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548)

- ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (อัญชลี ทรงผาสุก, 2547; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงดา กุลรัตนญาณ, 2550; อรรพรรณ ฌ้องต้อ, 2550)

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model

การศึกษาครั้งนี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) กับการดูแลรูปแบบ Standard program of assertive community treatment (PACT) จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004) ผลการศึกษาพบว่าการดูแลแบบ NPACT program ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการให้การดูแลดีกว่าการดูแลแบบ PACT

2) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแล รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model กับการดูแลรูปแบบ Clubhouse models จำนวน 1 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006) ผลการศึกษาเปรียบเทียบโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านการทำงาน เช่น ด้านการหางาน ด้านระยะเวลาในการทำงานและค่าตอบแทน พบว่า ทั้ง 2 รูปแบบมีผลลัพธ์ด้านการทำงานดีไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า Clubhouse model เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับด้านการทำงานของอาชีพของผู้ป่วย แต่อาจจะไม่เหมาะสมถ้าผู้ป่วยนั้นยังมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการป่วยอยู่ ดังนั้น

การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการรวมเอาความช่วยเหลือด้านอาชีพการงานร่วมกับการดูแลด้านอาการของโรค

3) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ ACT-IPS Program กับการดูแลรูปแบบ Support Employment Program (SEP) จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง การจัดการรายกรณีแบบ ACT ที่ผนวกเอาบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพ และรูปแบบการบริการช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพแบบดั้งเดิม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม ACT ที่ผนวกเอาทีมที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการงานอาชีพ จะมีระยะการไต่งานที่เร็วกว่า มีโอกาสที่จะไต่งานที่มีการแข่งขันและมีรายได้มากกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการจากโปรแกรมที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานอาชีพแบบดั้งเดิม สำหรับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงและมีประวัติการทำงานที่ค่อนข้างจำกัดนั้น ถ้าได้ทำงานที่มีการแข่งขันการไต่งานกับคนอื่น จะเป็นการช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวของพวกเขาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม มีรายได้ที่พอเพียงกับการดำเนินชีวิตอีกด้วย

4) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ Assertive Community Treatment Team กับการดูแลรูปแบบ Community Mental Health Team จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) ผลการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลทั้ง 2 แบบที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ภายหลังติดตามผล 18 เดือน ตลอดจนไม่มีความแตกต่างในด้านผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสังคมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีม ACT มีแนวโน้มที่จะเข้ามารับการดูแลตามกำหนดและมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลมากกว่าทีมสุขภาพจิตชุมชน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model

การศึกษาครั้งนี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan, & Valenti, 2007) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, & Jacobs, 2000) และศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000) พบว่า

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านทักษะการดำรงชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติของการดำรงชีพในสังคม แต่พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (Early psychosis) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำครั้งหนึ่ง(จำนวน 49 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนในช่วงเวลาเดียวกันโดยไม่ป่วยซ้ำเพียง 3 คน(จำนวน 42 ราย)

- ด้านทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก มีทักษะด้านสังคมและทักษะด้านอาชีพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- ด้านพฤติกรรมการทำงานประจำวัน พบว่า พฤติกรรมและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) มีการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลรูปแบบ Consumer-assisted and non-consumer-assisted case management กับ การให้การดูแลพื้นฐานที่คลินิก จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) การศึกษาครั้งนี้มีการเปรียบเทียบรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงในชุมชน 3 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 Consumer-assisted intensive case management เป็นรูปแบบที่มีการบริการให้การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ โดยบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือบำบัดต่างๆ โดยเน้นที่การฟื้นฟูศักยภาพ จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าตัวโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต ส่วนกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ จะช่วยเหลือเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เชื้อมนบ้าน รูปแบบที่ 2 Intensive case management ที่ไม่มีการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ และรูปแบบที่ 3 Standard case management โดยที่การให้บริการทั้งหมดจำกัดเฉพาะที่คลินิก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 รูปแบบ มีอาการทางจิตลดลง และมีคุณภาพชีวิต ตลอดจนมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 3 รูปแบบ มีพฤติกรรมสร้างเครือข่ายทางสังคมดีขึ้นไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มบริการกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือร่วมกับการจัดการรายกรณี ไม่ได้ช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม

3) มีการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ที่มีการติดตามผลระยะยาว จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007) ผลลัพธ์ที่พบคือ

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรายชื่อของแบบวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนายังเห็นได้ชัดในปีที่ 6 ของการตรวจเยี่ยม และเมื่อใช้อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางจิตสังคม

- ด้านคุณภาพชีวิต ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในห้องชุดเพียงคนเดียว ไม่ได้ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่โดยได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการ เมื่อติดตามในเดือนที่ 6 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยได้รับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 28 คน และเมื่อติดตามในปีที่ 6 หลังได้รับโปรแกรม พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการจัดสรรที่อยู่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 11 คนเป็น 17 คน และได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 45 คน

- ด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีการพบปะเพื่อนจาก 36 คน เพิ่มขึ้นเป็น 75 คน และมีการพบปะกับเพื่อนมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับสูง

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละรูปแบบสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ช่วยควบคุมอาการทางจิต ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า การที่รูปแบบของการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยจิตเภท องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้งานวิจัยส่วนหนึ่งที่นำมาสังเคราะห์ เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่มีการแสดงรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด รวมถึงไม่มีการระบุถึงทีมผู้ให้การบำบัด จึงไม่มีข้อมูลในส่วนนี้มาใช้ในการสังเคราะห์

การนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) ด้านวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) และด้านบริหารทางการพยาบาล (Nursing administration) ดังต่อไปนี้คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ช่วยให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน จึงควรให้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องรวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน ส่วนการจะเลือกรูปแบบใดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ดูแลผู้ป่วยนั้น ควรต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว บริบทของผู้ป่วย และบริบทของผู้ให้การบำบัดเป็นหลัก ที่สำคัญผู้ให้การบำบัดเองจะต้องมีความรู้และมีประสบการณ์การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในแต่ละรูปแบบเป็นอย่างดี

1.2 ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการนำเอากลุ่มเพื่อนมาร่วมให้การดูแลกับทีมบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งการนำกลุ่มเพื่อนมาฝึกในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะก่อให้เกิดผลดีเพราะนอกจากจะช่วยเหลือผู้ป่วยในการฝึกทักษะสังคม ยังจะช่วยลดอคติของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้

1.3 ก่อนนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในด้านบทบาท และทักษะด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติที่ชัดเจน

2. ด้านวิจัยทางการแพทย์

ควรมีการศึกษาในรายละเอียดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมกับพื้นที่ บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และพัฒนา Clinical pathway ให้เหมาะสมสะดวกในการปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมและการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติด การรับประทานยา การเข้าถึงสถานบริการ ความรู้เรื่องโรคและการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตที่บ้านได้โดยไม่ป่วยซ้ำหรือมีอาการรุนแรง

3. ด้านบริหารทางการแพทย์

การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบาย และให้การสนับสนุน เพื่อทุกหน่วยงานทราบและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรเวลาและทรัพยากรอื่นๆ ซึ่งการจะบอกได้ว่าการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ การทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือของชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CASE MANAGEMENT FOR PERSON WITH SCHIZOPHRENIA

สุภาพรรณ วงศ์เสารั 4937005 RAMH/M

พม.ย. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), พัทรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง และพบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆโดยพบว่ามีอุบัติการณ์ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003) ในประเทศไทยพบว่าข้อมูลของจำนวนและอัตราผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษากรณีจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2540 มีจำนวน 267,693 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 520,013 ราย ในปีงบประมาณ 2545 หรือเรียกได้ว่าเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 100 ภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2547) นับว่าเป็นตัวเลขที่สูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

โรคจิตเภท มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรง อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และแม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (มานอน หล่อตระกุก และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) พบว่ามีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาแล้วได้ผลดี ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ ร้อยละ 15 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และร้อยละ 10 เจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง (Gillam, 2006) ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ คือ ไม่สนใจอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด หรือไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ไม่เข้าสังคมและไม่ประกอบอาชีพการงาน ไม่เรียนหนังสือ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ผู้ป่วยบางรายมีความบกพร่องในการสื่อสารมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (เพชร คันธสายบัว, 2544) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้เกิดความเครียด อับอาย ความเศร้าเสียใจ และอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในครอบครัว (สุพัตรา ทองคุณ, 2545) เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่ารักษาพยาบาลที่มีระยะเวลายาวนาน ค่าเดินทาง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ อาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายจนปฏิเสธที่จะดูแลผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วยในที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (หยกฟ้า บุญชิต, 2545; สุพัตรา ทองคุณ, 2545; ดารณี ตั้งตรงมิตร และสมจิตต์ ลูประสงค์, 2546) ผลกระทบต่อชุมชนนั้นมีการศึกษา พบว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนมีอาการทางจิตกำเริบ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัว คุกคาม ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ อันอาจเป็นอันตรายกับคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนมองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลอันตราย น่ากลัว จึงหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และไม่ยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน (สุพัตรา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548 ; อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) และพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภท มีการคิดสุราหรือสารเสพติด ส่งผลให้รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้ประเทศขาดแรงงานจากประชากรที่อยู่ในวัยอันควร อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 28,230 บาทต่อราย (เอนก สุภรินท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550) ซึ่งสูงกว่าโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541)

ในอดีตการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ การนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช เนื่องจากมีแนวคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยอยู่ในชุมชนจะถูกรังเกียจ และอาจก่อความเดือดร้อนให้กับชุมชน ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานมาก หรือบางรายอาจต้องอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นลง (Deinstitutionalization) ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะหลัก ๆ ได้แก่ 1) การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และ 2) การบำบัดรักษาในชุมชน โดยการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

การบำบัดรักษาด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยเรื่องการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโรจิต หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยยามักใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด และการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ซึ่งการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมนี้พยาบาลสามารถให้การบำบัดโดยตรงกับผู้ป่วยได้ ส่วนการบำบัดรักษาในชุมชนเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบและแพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ เป็นระบบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Stuart & Laraia, 2005) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ (Stein & Santos, 1998) ประกอบไปด้วย 1) การบำบัดรักษา (treatment) ได้แก่ การใช้ยาทางจิตเวช (psychopharmacologic treatment) การรักษาประคับประคองรายบุคคล (individual supportive therapy) การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ (mobile crisis intervention) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization) การบำบัดสารเสพติด (substance abuse treatment) และการบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (individual/group therapy) (Stein & Santos, 1998) 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและในสังคมได้ใกล้เคียงกับบุคคลปกติ ได้แก่ การสอนทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral oriented skill teaching) การช่วยจัดหางาน (supported employment) รวมถึงการช่วยฟื้นฟูการศึกษา (support for resuming education) (Stein & Santos, 1998) 3) การช่วยเหลือสนับสนุน (support) ได้แก่ การสอนทักษะชีวิต ฝึกการทำงานอาชีพ การศึกษา การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (Nichols, 2004) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในต่างประเทศมีการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment : ACT) เริ่มต้นที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1965 เน้นให้ดูแลแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment Association: ACTA) (Stein & Santos, 1998) เดิมเป็นแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วย อาจเรียกการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบครอบคลุม (Intensive Case Management) หรือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้ได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรังและรุนแรง (Lehman, 2000) ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สาร

เซฟติค (Clark, Elliott & Soldz, 1998) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มีปัญหาที่อยู่อาศัย ลำบากเรื่องการมารับบริการที่โรงพยาบาล (Lehman, 1999) ส่วนในประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดำเนินกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ช่วยเหลือและสนับสนุนการแก้ไขปัญหให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้ ประกอบอาชีพการงานได้ ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (สมจิตต์ ฤประสงค์ และคณะ, 2541; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548) 2) รูปแบบการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจร เป็นรูปแบบการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิตความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ขบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน (Appreciation Influence Control: AIC) ช่วยให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และกัลยา อันชื่น, 2542) แคนนำชุมชนและญาติผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน (ชะโลม สรรพสุข, 2544) และ 3) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละราย และพบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแตกต่างจากรูปแบบอื่นที่การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้น โดยกำหนดกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นเหมือนแผนและตารางเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานที่ดี ลดความซ้ำซ้อน ลดการทำงานแบบแยกส่วน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ซึ่งความรับผิดชอบของการดูแลรูปแบบทีมสหวิชาชีพนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) น่าจะเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการปรับปรุงรูปแบบการบริการจากการใช้เครือข่ายเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเป็นแบบการวางแผนการดูแล และจัดให้มีการบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ รวมไปถึงเทคนิคการช่วยเหลือประคับประคอง การให้ข้อมูลที่เน้นประโยชน์ และแสวงหาประโยชน์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันระหว่างผู้จัดการรายกรณีกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ความต้องการในชีวิตประจำวันได้รับการตอบสนอง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสนใจของผู้รับบริการ (เขวาลักษณ์ มีบุญมาก, 2547) เป็นการ

จัดบริการที่มีกระบวนการ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการประสานร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เน้นการตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2546; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าสามารถจำแนกได้ 7 รูปแบบ ได้แก่ 1)การจัดการรายกรณีเสมือนเป็นตัวแทน (Brokerage model) 2) การจัดการรายกรณีทางคลินิก (Clinical case management model) 3) การจัดการรายกรณีเชิงรุก (Assertive Community Treatment model: ACT) 4)การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้น (Intensive case management model: ICM) 5) การจัดการรายกรณีที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The strengths model) 6)การจัดการรายกรณีที่เน้นการฟื้นฟู(The rehabilitation model) และ 7) การจัดการรายกรณีทางการพยาบาล (Nursing case management model) (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ช่วยลดระยะนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดอัตราการป่วยซ้ำ(Chang & Wong, 1999) ผู้ป่วยเข้ารับบริการซ้ำในหน่วยบริการทางจิตเวชลดลง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น (Scott & Dixon, 1995; Marshall, Gray, lockwood & Green, 1998) อัตราการฆ่าตัวตายลดลง การรักษาตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อัตราขาดการรักษาลดลง (Simmonds, Coid, Joseph, Marriott, Tyrer, 2001) ทีมสุขภาพพึงพอใจในรูปแบบการดูแล (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2546)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นว่าจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอยู่ 7 รูปแบบ และทุกรูปแบบให้ประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบไหนดีและเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ชัดเจนและเหมาะสมในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงน่าจะมีการรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบที่ได้จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน มีความสนใจศึกษาค้นคว้าและรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2543 – 2552 ด้วยการทบทวนอย่างเป็นขั้นตอนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Base Practice : EBP) เพื่อนำงานวิจัยที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประโยชน์และผลคาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมและบกพร่องด้านต่างๆ ทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; WHO, 2006)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง รูปแบบต่างๆที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและในชุมชน ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ จิตแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร ผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพ และนำแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่ย่างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ มาใช้ในการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างเป็นระบบดังนี้ (Polit, Hungler, 1997)

การสืบค้นงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย (Information Sources) วัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Research) ที่น่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยของประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ห้องสมุด กรมสุขภาพจิต ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา และ Thai research

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลของต่างประเทศ ได้แก่ OVID, CINAHL, PubMed, Backwell synergy, BMJ Journal Online, HighWire Press, SAGE Journal Online

1.3 สืบค้นงานวิจัยโดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของ สถาบันการศึกษา และสถานบริการต่างๆทางสาธารณสุข ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิง ทำขบของงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำไปค้นหาเอกสารฉบับเต็ม (Full text)

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจมีดังนี้ “Case Management and Schizophrenia” “Case Management and Serious Mental Illness” “Assertive Community Treatment and Schizophrenia” “Assertive Community Treatment and Serious Mental Illness” “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วยจิตเภท” “การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง”

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

3.1 เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2543 – 2552

3.3 เป็นงานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง

3.4 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเป็นผู้ป่วยจิตเภท 50% ขึ้นไป

3.5 เป็นงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็ม (Full Text) ได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทจากทุกฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (Abstract) ไปค้นหาฉบับเต็ม (Full text) และเมื่อพิจารณาจาก

บทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก พบงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และเข้าถึงฉบับเต็ม (Full text) พร้อมที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ จำนวน 16 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ทั้งหมด 16 เรื่อง โดยมีแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)

ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

จากงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่าเป็นงานวิจัย ระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง

2. การก่อกองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

ในส่วนการก่อกองข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทโดยการพิจารณาก่อกองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

- 2.1 แบบการวิจัย (Research Design)
- 2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.3 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments)
- 2.5 การจัดกระทำ (Intervention)
- 2.6 ผลการศึกษาวิจัย (Result)
- 2.7 การนำไปใช้ (Implication)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทสามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เป็นการศึกษาวิจัยในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง และในต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยมาประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าการศึกษาในประเทศไทย อยู่ในระดับ B จำนวน 8 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง จำนวน 2 เรื่อง (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี, 2548) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (อรรพรรณ หนองดื้อ, 2550) และเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 5 เรื่อง (คันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วรสุดา ทองรักษั, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550) ส่วนการศึกษาของต่างประเทศ อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) ทั้ง 5 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Kane & Blank, 2004; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) อยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทั้ง 3 เรื่อง (Preston, 2000; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al. /2006; Bjorkman & Hansson, 2007)

สรุปได้ว่า งานวิจัยในประเทศไทยทั้ง 8 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ B ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศมีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง และระดับ B จำนวน 3 เรื่อง เมื่อพิจารณาถึงวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยพบว่า งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง มีวิธีดำเนินการและการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ

2. ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท

จากงานวิจัยที่เลือกมาศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์ในประเด็นรูปแบบ พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นำมาใช้ในการศึกษามีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (สันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ ฆ้องดื้อ, 2550) 2) รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) และ 3) รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) โดยแต่ละรูปแบบให้ประสิทธิผลดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบ Clinical Case Management model

การศึกษานี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management model จำนวน 8 เรื่อง (สันสนีย์ พูนผล, 2547; อัญชลี ทรงผาสุข, 2547; อำพัน หิรัญอุทก, 2547; วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548; วรสุดา ทองรักษ์, 2550; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรวรรณ ฆ้องดื้อ, 2550) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

2.1.1 ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอัตราการป่วยซ้ำ พบว่าอัตราการป่วยซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548)

- ด้านสมรรถภาพ พบว่าสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

2.1.2 ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อำพัน หิรัญอุทก, 2547)

- ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อรรณพ ฆ้องดื้อ, 2550)

- ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (ศันสนีย์ พูนผล, 2547; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550)

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับ พบว่า ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ; วรสุดา ทองรักษ์, 2550)

2.1.3 ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- ด้านจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วราภรณ์ มารักษา, 2548; จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548)

- ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (อัญชลี ทรงผาสุก, 2547; สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ, 2550; อรรณพ ฆ้องดื้อ, 2550)

2.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model

การศึกษาครั้งนี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model จำนวน 4 เรื่อง (Kane, & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) กับการดูแลรูปแบบ Standard program of assertive community treatment (PACT) จำนวน 1 เรื่อง (Kane & Blank, 2004) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านอาการทางจิต พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ PANNS ที่ใช้ประเมินอาการแสดงทางจิต (Psychiatric symptoms)

- ด้านการปรับตัวทางด้านสังคม พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ MCAS ที่ใช้ประเมินภาวะการปรับตัวทางด้านสังคม (Community adjustment)

- ด้านความพึงพอใจ พบว่าการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program ในเรื่องของ MHSIP ที่ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการรักษา

- ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของการดูแลทั้งสองรูปแบบแบบในเรื่องของภาวะทุพพลภาพ อาการทางกาย และการส่งเสริมสุขภาพ

2) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ Assertive Community Treatment Model (ACT) กับการดูแลรูปแบบ Clubhouse models จำนวน 1 เรื่อง (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการหางาน พบว่ากลุ่ม ACT มีservice engagement และ 24-month retention ที่ดีกว่ากลุ่ม Clubhouse อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (service engagement 98% vs 74% และ 24-month retention 79% , mean =650 ± 180 days vs 58%, mean =569 ± 288 days)

- ด้านการเริ่มทำงาน ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ time to first job ระหว่างสองกลุ่ม โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษาทั้งหมดเริ่มงานภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (median for ACT =6.67 months vs Clubhouse =4.23 month)

- ด้านระยะเวลาในการทำงานและค่าตอบแทน พบว่ากลุ่ม Clubhouse มีค่าของระยะเวลาในการทำงาน, จำนวนชั่วโมงในการทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Calendar day employed 264±214 days for clubhouse vs 173±164 days for ACT; Total hours worked 754±717 hours for clubhouse vs 592±695 days for ACT; earnings \$6202 ±5894 for clubhouse vs \$3948 ±4888 for ACT)

- การประเมินในประเด็นเงินเดือนเป็นเสมือนสิ่งกระตุ้นในการประสบความสำเร็จในงาน พบว่าการที่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของระยะเวลาในการทำงาน, จำนวนชั่วโมงใน

การทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลมาจากค่าตอบแทน/รายได้ต่องานที่สูงกว่านั่นเอง (\$7.94 vs \$6.45, $p < 0.01$)

- เมื่อพิจารณาในส่วน of transitional employment พบว่าไม่มีความแตกต่างของกลุ่ม Clubhouse และกลุ่ม ACT ในเรื่องของ time to first job แต่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของ day employed และ earnings มากกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

- พบว่าการให้ ACT จะมีประสิทธิภาพดีในกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง physical health problem หรือ severe substance use disorders ในขณะที่การให้การดูแลแบบ Clubhouse จะให้ผลที่ดีในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น

3) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ ACT-IPS Program กับการดูแลรูปแบบ Support Employment Program (SEP) จำนวน 1 เรื่อง (Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006)

3.1 ด้าน Vocational and mental health service พบว่า

- ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนมากกว่าครึ่งมีการรับบริการจาก vocational service ใน 9 รูปแบบจากทั้งหมด 10 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP จะมีการรับบริการจาก vocational service เพียง 2 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all vocational contact สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 54 vs 9)

- ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนสองในสามมีการรับบริการจาก mental health service ใน 4 รูปแบบจากทั้งหมด 8 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP จำนวนมากกว่าสองในสามจะมีการรับบริการจาก mental health service 3 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all mental health service contact สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 86 vs 59)

- เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการให้บริการทั้งสองแบบ พบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของ all service contacts สูงกว่ากลุ่ม SEP (median 140 vs 96)

3.2 Integration of vocational with mental health service พบว่า

- ผู้เชี่ยวชาญของ IPS employment จะทำงานประสานกันในเรื่องการประเมินเรื่องงาน การวางแผน การให้คำปรึกษาและการพัฒนางานร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางจิตที่จะมีผลต่อความสำเร็จของงาน นอกจากนี้ ACT-IPS โปรแกรมจะมีการปรับการบริการต่างๆให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะหางานใหม่ในกรณีที่ต้องหางานใหม่

- ผู้เชี่ยวชาญของ GC employment จะทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเรื่อง competitive work โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและมุ่งเน้นในเรื่องการวางแผนเกี่ยวกับงานและการพัฒนาทักษะในการทำงาน นอกจากนี้ SEP case manager จะเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยทั้งในแบบ mental health service และ supported service ในขณะที่ทีมแพทย์ของ SEP จะประเมินเรื่องสภาพจิตใจและให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา

3.3 Job outcomes : End point analyses พบว่า

- ได้งานทั้งแบบ competitive job และ all jobs ด้วยสองเหตุผลคือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เชื่อมั่นว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงและมีประวัติการทำงานที่ค่อนข้างจำกัดนั้น ถ้าได้ทำงานที่เป็นงานแบบ competitive job จะเป็นการช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตัวของพวกเขาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้เรื่องของความพอเพียงทางด้านเศรษฐกิจยังขึ้นอยู่กับรายได้ด้วย

- ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามี 87% (42 of 48 participants) ที่ได้งานแบบ competitive job ในขณะที่กลุ่ม SEP นั้นพบว่ามี 39% (20 of 51 participants) ที่ได้งานแบบ competitive job แต่ถ้ามองจากจำนวนของทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่ม ACT-IPS นั้นได้งานแบบ competitive job (63.6%) สูงกว่ากลุ่ม SEP (26.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, effect size = 0.38) แต่ไม่พบความแตกต่างในส่วนองงานแบบ all jobs (72.7 vs 66.2%, $p = 0.40$, effect size = 0.07)

- ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามิรายได้จาก competitive job (median=\$549) มากกว่ากลุ่ม SEP (median=\$0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของรายได้จากงานแบบ all job

3.4 Weeks and hours worked พบว่า

- ในเรื่องของ competitive job นั้นพบว่ากลุ่ม ACT-IPS และ กลุ่ม SEP ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ weeks per job, week per longest job, hours/week/jobs และ wage/job แต่ในเรื่องของ weeks to first job นั้นกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานเร็วกว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median = 19 vs 46, $p = 0.005$) ส่วนในเรื่องของ all jobs กลับพบผลในลักษณะตรงกันข้ามคือกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานช้ากว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (median = 19 vs 4.4, $p = 0.005$)

3.5 Job features พบว่า

- เมื่อเปรียบเทียบในส่วนของผู้เชี่ยวชาญของ IPS กับของ GC พบว่าผู้เชี่ยวชาญของ IPS สามารถดำเนินการร่วมกับ local employer ในการจัดหางานแบบ

competitive job ได้มากกว่ากลุ่มของ GC (16% vs 3%) ในช่วยในการหางานที่เปิดรับสมัครอยู่ (29% vs 6%)

- เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ป่วยเองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการจัดหางานด้วยตัวเอง (38% for ACT-IPS participants vs 60% SEP participant) และในรูปแบบของการหางาน (informal contact; 17 vs 13%)

3.6 Job termination พบว่า

- การหยุดงานหรือออกจากงานแบบ competitive job ในทั้งสองกลุ่มศึกษา (กลุ่ม ACT และกลุ่ม SEP) เบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับประเด็นต่างๆ เช่น อาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการทำงาน (11.75 vs 8.8%) ความกดดันจากงานที่ทำอยู่ (11.75 vs 2.9%) ไม่พึงพอใจในภาระงานที่ทำอยู่ (9.1% vs 5.9%) ไม่สามารถดำเนินการในงานที่รับผิดชอบ (13.0% vs 5.9%) และไม่สามารถอยู่ในตำแหน่งเดิมที่ทำงานอยู่ (9.1% vs 23.5%)

3.7 Secondary symptom and quality of life outcomes พบว่า

- ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องของ Psychiatric Symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality of life (QOLI scale scores) ในช่วงเวลา baseline กับช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในทั้งสองกลุ่ม (กลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP)

4) มีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบ Assertive Community Treatment Team กับการดูแลรูปแบบ Community Mental Health Team จำนวน 1 เรื่อง (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการรับบริการ เป็นการรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันทั้งหมดที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกลุ่ม assertive community treatment teams สูงกว่ากลุ่ม community mental health team

-ด้านจำนวนนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของจำนวนวันที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหา severe mental illness ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

- ด้านความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม Assertive Community Treatment Teams สูงกว่ากลุ่ม Community Mental Health Team (77.2 vs 70.0; $p=0.03$) และค่าเฉลี่ยของ quality of engagement service ของกลุ่ม Assertive Community Treatment Teams สูงกว่ากลุ่ม Community Mental Health Team (9.1 vs 8.0; $p=0.03$) นอกจากนี้ในส่วนของการ loss of follow-up พบว่ากลุ่ม Community Mental Health Team สูงกว่ากลุ่ม Assertive Community Treatment Teams (10 vs 2 ; $p=0.01$)

- ด้านภาระงาน พบว่า การดูแลจาก Assertive community treatment team มีจำนวนของ total team case load เท่ากับ 80-100 และจำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 12 ในขณะที่การดูแลจาก Community mental health team จำนวนของ total team case load เท่ากับ 300-350 และจำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 35

2.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model

การศึกษานี้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model จำนวน 4 เรื่อง (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) โดยพบว่าได้ผลลัพธ์ ดังนี้

1) มีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ จำนวน 1 เรื่อง (Chan, Mackenzie, Jacobs, 2000) และศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง (Preston, 2000) พบว่า

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านทักษะการดำรงชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติของค่าการดำรงชีพในสังคม แต่พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำครั้งหนึ่ง (จำนวน 49 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic schizophrenia) ดำเนินชีวิตในชุมชนในช่วงเวลาเดียวกันได้โดยไม่ป่วยซ้ำเพียง 3 คน (จำนวน 42 ราย)

- ด้านทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพ SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) มีทักษะด้านสังคมและทักษะด้านอาชีพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia)

- ด้านพฤติกรรมการทำงานประจำวัน พบว่า พฤติกรรมและการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2) มีการศึกษาเปรียบเทียบกับรูปแบบ Peer-Assisted Care จำนวน 1 เรื่อง (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) ผลลัพธ์ที่พบคือ

- ด้านการรับบริการ พบว่า

- กลุ่มที่ได้รับ Strengths model มีจำนวนชั่วโมงการทำงานกิจกรรมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

- กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care มีจำนวนชั่วโมงที่มีการทำกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครเพิ่มขึ้นในช่วง 7-12 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงเวลา 0 - 6 เดือนแรก ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในส่วน of ตัวแปรด้านอื่นๆในเรื่องของการรับบริการ เมื่อพิจารณาทั้ง 3 กลุ่มที่ช่วงเวลาเริ่มต้นกับช่วงติดตาม

- กลุ่มที่ได้รับ Clinic-based care มีจำนวนชั่วโมงในเรื่องการบำบัดรายบุคคลมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3) มีการศึกษาใช้การออกแบบอนุกรมเวลา (time series design) จำนวน 1 เรื่อง (Bjorkman & Hansson, 2007) ผลลัพธ์ที่พบคือ

ผลลัพธ์ด้านอาการทางคลินิก

- ด้านอาการทางจิต พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรายข้อของแบบวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนายังเห็นได้ชัดในปีที่ 6 ของการตรวจเยี่ยม และเมื่อใช้อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางจิตสังคม

- ด้านคุณภาพชีวิต ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในห้องชุดเพียงคนเดียว ไม่ได้ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่โดยได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการ เมื่อติดตามในเดือนที่ 6 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยได้รับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 28 คน และเมื่อติดตามในปีที่ 6 หลังได้รับโปรแกรม พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการจัดสรรที่อยู่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 11 คนเป็น 17 คน และได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 45 คน

- ด้านเครือข่ายทางสังคม พบว่ามีการพบปะเพื่อนจาก 36 คน เพิ่มขึ้น 75 คน และมีการพบปะกับเพื่อนมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

- ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแต่ละรูปแบบพบว่าสามารถลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ช่วยควบคุมอาการทางจิต ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า การที่รูปแบบของการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาให้สอดคล้องกับความ

ต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยจิตเภท องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้งานวิจัยส่วนหนึ่งที่น่าสนใจสังเคราะห์ เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่มีการแสดงรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัด รวมถึงไม่มีการระบุถึงทีมผู้ให้การบำบัด จึงไม่มีข้อมูลในส่วนนี้มาใช้ในการสังเคราะห์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

1.1 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน จึงควรให้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องรวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน ส่วนการจะเลือกรูปแบบใดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ดูแลผู้ป่วยนั้น ควรต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว บริบทของผู้ป่วย และบริบทของผู้ให้การบำบัดเป็นหลัก ที่สำคัญผู้ให้การบำบัดเองจะต้องมีความรู้และมีประสบการณ์การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในแต่ละรูปแบบเป็นอย่างดี

1.2 การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ผู้บริหารควรพิจารณาประกาศเป็นนโยบาย และให้การสนับสนุน เพื่อทุกหน่วยงานทราบและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรเวลาและทรัพยากรอื่นๆ ซึ่งการจะบอกได้ว่าการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ การทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ความร่วมมือของชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว

1.3 ก่อนนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในด้านบทบาท และทักษะด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติที่ชัดเจน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Assertive Community treatment (ACT) model และรูปแบบ Intensive Case Management (ICM) model ทั้งหมดเป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยด้วย เพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษาและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในประเทศไทย

2.2 ควรมีการศึกษาในรายละเอียดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่เหมาะสมกับพื้นที่ บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และพัฒนา Clinical pathway ให้เหมาะสมสะดวกในการปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติด การรับประทานยา การเข้าถึงสถานบริการ ความรู้เรื่องโรคและการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตที่บ้านได้โดยไม่ป่วยซ้ำหรือมีอาการรุนแรง

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CASE MANAGEMENT FOR PERSON WITH SCHIZOPHRENIA.

SUPAPAN WONGSAO 4937005 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSSANA THAWEEKOON, Ph.D.(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Schizophrenia is a major serious and chronic mental illness, compared to other psychiatric disorders with an incident of 0.5-1.5 per 10,000 of world population (Sadock & Sadock, 2003). In Thailand, based on Department of Mental Health (2004) report the number of clients with schizophrenia who admitted or obtained treatment in psychiatric hospitals under Department of Mental Health was 267,693 in 1997 and leaped to 520,013 in the 2002 fiscal year. It could be assumed that this amount rose 100% in 5 years duration. The figure is considerable high and it is likely to be higher.

Schizophrenia can have chronic and severe onset. The symptoms could be intermittent. Despite having clinical treatment, the symptoms remain (Manote Lortrakul; Pramote Sukanich, 2005). Only 25% of them can be recovered, 50 % of them remain inconstantly recover, 15 % take no response to the treatment and 10 % of them were chronic cases. Although, schizophrenic patients undergo the treatment, 70 % of them experienced recurrent (Department of Mental Health, 2002). Gillam (2006) commented that schizophrenia leads to personality regression and lessen daily life functions. Moreover several bad effects fall on the client himself, family, community, society and the whole nation. Effects on the clients change their daily life

activities such as self-hygiene; no interest to have a bath, wear unclean clothes or no interest to change clothes (Stit Wongsurapakit, 1999), no socializing, not doing job or study (Jidarat Pimdeed et al, 1999). Effects on family are that some clients have communication deficit which affects mood expressions within the family (Patcharee Kantasaibua, 2001). Family members take direct impact especially, caregivers. They are stressed, feeling ashamed, grief and eventually effect the whole family mental health (Supattra Thongkoon, 2002). This burden also affect family economical status since they have to continuously pay long term medical treatment, trips to the hospital and vice versa. These problems can cause boredom and tiresomeness which eventually leads to deny giving care to the client. And this is the biggest problem on case handling for person with schizophrenia (Yokfah Boonchit, 2002; Supattra Thongkoon, 2002; Daranee Tungtrongmitr,2003; Somchit Luprasong, 2003).Effects on community are that the clients with worse psychiatric symptoms express their abnormal behaviors in an inappropriate way, weird, scary, threatened, and uncontrollable ways. These peculiar behaviors are considered harmful to community members. Community residents, later, find persons with schizophrenia dangerous and then avoid interacting with, exclude them from community activities (Supattra Sukwang and Siriluck Sawangwongsin, 2005; Orawan Wannachart,2007).51% of persons with schizophrenia are alcoholism or substance abusers. These people mostly manifested their first episode from teenagers to early adulthood which wasted nation's human resources (Manote Lortrakool and Pramote Sukanich, 2005). Medical treatment cost for person with schizophrenia is highest (28,230 Baht/ person) of all psychiatric disorders treatment cost (Anake Supiranan, Suwat Mahatnirankil and Buppa Puapanprasert, 2007). Department of Mental Health (1998) reported that Thai Government had allocated big amount of budget, over 200 million Baht a year to support the psychiatric treatment expenses.

In a former time, traditional treatment for persons with schizophrenia was to bring them to psychiatric hospital, because those people were disdained if they continued to live in community and consequently, caused troubles to the community. Schizophrenia clients stayed in psychiatric hospitals for life (Yajai Sithimongkon, 1985). At present time, treatments and approach to person with schizophrenia have changed. Deinstitutionalization to decrease treatment duration in psychiatric hospitals

has replaced former approach. Schizophrenia clients are discharged earlier to family and to community. Treatment and approach to schizophrenia clients can be divided into 2 phases: 1) having therapeutic treatment in the psychiatric hospitals and 2) having therapeutic rehabilitation in the community where they live in. Therapeutic treatments in psychiatric hospitals include antipsychotic medication which helps in regulate client's clinical manifestations, in order that they can manage to adjust themselves to live in normal society. Secondly, electroconvulsive therapy, this is applied in case antipsychotic medication fails to manage the clinical symptoms or in those who risk suicidal attempts. Normally antipsychotic medication is applied together with psychosocial rehabilitation such as psychotherapy, family therapy, group therapy, milieu therapy and social skill training. These are included for enabling schizophrenia clients to learn and solve their daily life problems and enabling them to go back to live in a normal society (Sompop Ruengtrakool; 1999; Suwanee Kiewkingkaew, 2001; Manote Lortrakool and Pramote Sukanich, 2005; Orapan Lueboontawatchai, 2006). Psychosocial rehabilitation can be directly given to schizophrenia clients by psychiatric nurses. Therapeutic rehabilitation in community is a referral system of schizophrenia clients who underwent well with the treatment in the psychiatric hospitals and manifested calm state, and finally being discharged by psychiatrist's permission (Staurt & Laraia, 2005). Referring schizophrenia clients back to community aims to enable the client to be independent of their self-care and enable to live with their family members (Stein & Santos, 1998). Therapeutic rehabilitation in community consists of 1) treatments 2) rehabilitation and 3) support 1) Treatments include psychopharmacologic treatment, individual supportive therapy, mobile crisis intervention, hospitalization, substance abuse treatment, and individual/group therapy (Stein & Santos, 1998). 2) Rehabilitation is a way to help psychiatric clients live with their family and society as normal as possible. 3) Supports include life skill training, vocational training, education, and handling with dialing life problems (Nichols, 2004). Treatments and interventions vary from case to case. Having reviewed related studies, treatment and rehabilitation for schizophrenia clients in community of foreign countries were Assertive Community treatment (ACT) model. ACT was initiated in U.S.A. in 1965 by ACTA (Assertive Community Treatment Association). It was a formal concept of training the clients to live in their society (Stein & Santos, 1998).

This kind of program can be so called Intensive Case Management or Program of Assertive Community Treatment Association Community Treatment: PACT. The program is effective in group of server and chronic psychotic disorders like schizophrenia (Lehman, 2000), schizophrenia substance abuser (Clark, Elliott & Soldz, 1998), homeless schizophrenia persons who have difficulties in coming to hospitals (Lehman, 1999). In Thailand, rehabilitation service for person with schizophrenia in community includes: 1) Home health care; psychiatric nurse as well as health care team can give home visit. Both client and his family are supported in term of self care and enhancing client's skill as best as they can improve. Correcting the problems based on clients' actual needs. This program encouraging the client to participate family activities, enable them to do jobs, and reducing relapse to go back to psychiatric hospitals (Somjit Luprasong et al., 1998; Jalee Charoensan et al., 2005). 2) Appreciation Influence Control: AIC is a community networking formation which offers comprehensive community rehabilitation for schizophrenia. It focuses on raising community's ability to take care of person with schizophrenia in collaboration of community participation (Siriwan Piensook, Anchalee Silakate and Kullaya Linchuen, 1999). This also helps taking care the persons in community and clients' relatives to obtain knowledge and skills to take care of the clients. As a result, client can live longer in the community (Chalome Sapsu, 2001). 3) Case management: Case Management is a format of service which aims to constantly develop care quality of hospital settings to community settings. The approaches vary from case to case depend on problems and individual's complications. Case management differs from other approaches in that case management has a plan setting by multidisciplinary team. Each discipline sets its goals like activity schedule. They know each other's plan and schedule so they can work together well, reducing double works. Case management can be a great alternative to manage schizophrenia in community due to its completeness.

Case management is a revised service format of networking resource for referral system. It includes care planning and direct service plan for individuals. This can be worked based on psychiatric practitioner team and the client together with supportive techniques, providing useful information, seeking for useful information and paying respect between health team provider and clients. To meet the client's

needs in daily life, safety and client's interests are taken into consideration. (Yaowaluck Meeboonmark, 2004). Moreover, case management is a client center approach. It focuses on client's problems and needs in term of physical, psychological and social perspectives and improves client's life quality (Jintana Unipan et al., 2004; Somporn Rungruengkongkit, 2001). Related literatures review in this study on case management can be classified into 7 needs as follow; 1) Broker model 2) Clinical Case Management model 3) Assertive Community treatment (ACT) model 4) Intensive Case Management (ICM) model 5) The Strengths model 6) The Rehabilitation model and 7) Nursing Case Management model (Rungsiman Soontornchaiya, 2008).

Reviewing of literatures also suggested that case management effectiveness both in Thailand and other countries showed shortening of hospitalized duration, reducing cost and expenses, reducing psychosis relapse (Chang & Wong, 1999), reducing number of recurrent hospitalization and psychiatric unit service, being able to participate social activities, managing to do their job and having more social network (Scott & Dixon, 1995; Marshall, Gray, Lockwood & Green, 1998), reducing suicidal attempts, meeting client's needs, reducing client's absence from hospital appointment, and reducing duration of treatment and expenses (Simonds, Coid, Joswph, Marriot, Tyrer, 2001). The case management program is satisfied by multidisciplinary team (Watcharee Hathapanom et al., 2003).

However, among those 7 models, all had their own strengths and advantages. Therefore, it cannot be certain to justify which is the best model and most suitable for persons with schizophrenia. Hence, it is necessary to collect eclectic knowledge from both domestic and international studies to develop further models or approaches which can offer clear-cut protocol and develop case management for persons with schizophrenia.

Having mentioned above, researcher, as a mental health and a psychiatric nurse working in community hospital has an interest to study and collect such research studies related to case management for person with schizophrenia published during 2000-2009 both from nation and international studies. Literature reviews are systemically based on EBP; Evidence-Base Practice. Selected piece of literature reviews were later synthesized in terms of format and effectiveness of case

management. Synthesized knowledge can be further developed more effective case management for person with schizophrenia.

Research Objective

A synthesis of research on case management for person with schizophrenia in term of model format and effectiveness.

Expected Outcomes and Benefits

To gain broader and deeper knowledge schema from research studies synthesis on case management for person with schizophrenia.

Definition of Terms

Schizophrenia client refers to a person who is diagnosed under DMS-IV or ICD -10 criteria as schizophrenia. This mental disorder characterized by abnormalities in the perceptions, moods and behaviors. Perception deficit significantly manifests inconsistent behaviors, sense of reality, including personality, social and occupation dysfunction (Manote Lortrakool, Pramote Sukanich, 2005; WHO, 2006).

Case Management refers to any approach model format which is utilized to treat and give care to person with schizophrenia in hospital and in community. The model approach is a client center with case manager as a key person to corporate social worker, pharmacist, and health insurance coordinator. Plan setting by multidisciplinary team has been assigned in advance to follow up the treatment plan.

Methodology

This study was an analysis and synthesis of research studies which related to case management for person with schizophrenia in terms of model format and

effectiveness of case management. The study and review process were systematically based on evidence base practice (Polit, Hungler, 1997) as follows;

Search for information sources

1. *Data sources* were obtained from information resources, printed publications in both national and international resources and reliable electronic research as follow.

Thai data base: Library of Mahidol University, Library of Chulalongkorn University, Library of Khon Kean University, Library of Department of Mental Health, Library of Burapa University and Thai research. International Data Base: OVID, CINAHL, PubMed, Backwell Synergy, BMJ Journal Online, Highwire Press, and SAGE Journal Online. Self-study research; researcher studied related documents and followed the citation references for full text papers from Libraries of Universities and Library of public health institutes.

2. *Key Words search*: Key words in this study were “Case Management and Schizophrenia” “Case Management and Serious Mental Illness” “Assertive Community Treatment and Schizophrenia” “Assertive community Treatment and Serious Mental Illness”

3. Inclusion Criteria are as follow;

3.1 Research aimed to evaluate the effectiveness of case management for person with schizophrenia.

3.2 Research was published during 2000-2009

3.3 Research was either experimental or semi-experimental

3.4 Over 50 % of the research samples were schizophrenia

3.5 Research resources can be completely accessed to the full text.

Based on inclusion criteria, case management for person with schizophrenia studies were sought and gathered both from domestic resources and international resources. Initially, reviewing abstracts and searching for full text as cited in the abstracts were processed. Data redundancy was done as a final step. As a result, 16 of research studies which met inclusion criteria were to be analyzed.

Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

According to literature reviews, Evidence Base Practice which related to case management from person with schizophrenia, data were analyzed and synthesized with academic references as follow;

1. Evaluation of Research Quality

Total numbers of related research studies were 16 which were later evaluated, analyzed and synthesized by evidence base practice. Evaluation of research quality can be ranked into 4 levels based on criteria of the Royal College of Physician of Thailand which are;

Level A: Refers to evidence derived from meta-analysis of randomized controlled trials or single randomized control trials.

Level B: Refers to evidence derived from at least one of meta-analysis which is randomized controlled trials or from concise and well-design research methodology, which is semi-experimental or no samplings exclusion of non-randomized controlled trials, Cohort-study, case control study.

Level C: Refers to evidence derived from descriptive study.

Level D: Refers to evidence derived from expert consensus.

Of all 16 selected research studies, based on the criteria of the Royal College of Physician of Thailand, 5 of them were classified on level A and the rest (11 studies) were classified on level B.

2. Data Extraction

Data extraction for analysis and synthesis of knowledge of case management for person with schizophrenia processed under these considerations as follow;

2.1 Research design

2.2 Sample

2.3 Setting

2.4 Instruments

2.5 Intervention

2.6 Result

2.7 Implication

Later, the extracted data was analyzed and synthesized to coin the case management from person with schizophrenia in term of the model format and their effectiveness.

Research Findings

The findings of the present study could be divided into two aspects as follows:

1. Quality and sufficiency of research evidence and academic documents

In this study, a total of 16 research studies were analyzed and synthesized. The quality of these selected studies were determined based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544). Of these 16 studies, four were categorized under Level A or experimental studies (Chan, Mackenzie & Jacobs ,2000; Kane & Blank ,2004; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla , Williams & Keleher, 2006; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007), 11 were categorized under Level B (Sunsanee Poolpon,2004; Anchalee Songphasook,2004; Hirun-utock, 2004; Waraporn Maraksa, 2005; Chantana Srivisarn and Nopparat Chaichumni,2005; Worasuda, Thongrak,2007; Sunantha Srisakorn, Pavinee Thanabodidhammajaree, and Duangta Kulrattanayarn,2007; Orawan Kongtor,2007; Preston, 2000; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al. /2006; Bjorkman & Hansson, 2007). Of these, 8 studies were conducted in Thailand, while 8 studies were conducted abroad. All of 16 research studies of case management were quality and sufficiency of research evidence and academic documents.

2. Effectiveness of case management for person with schizophrenia

Synthesis of all 16 selected research studies of case management for person with schizophrenia can be classified into 3 model formats as follow; 1) 8 research studies of Clinical Case Management Model (Sunsanee Poolpon,2004; Anchalee Songphasook,2004; Hirun-utock, 2004; Waraporn Maraksa, 2005; Chantana Srivisarn and Nopparat Chaichumni,2005; Worasuda, Thongrak,2007; Sunantha

Srisakorn, Pavinee Thanabodidhammajaree, and Duangta Kulrattanayarn, 2007; Orawan Kongtor, 2007). 2) 4 research studies of Assertive Community Treatment Model-ACT (Kane & Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling, et al., 2006). 3) 4 research studies of Intensive Case Management Model (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007).

All the 3 models bring different effectiveness toward schizophrenia clients as follow;

2.1 Effectiveness of Clinical Case Management model

2.1.1 Result on clinical symptoms

- Relapsing rate of those who underwent Clinical Case Management Model found lower than in those who underwent traditional treatment (Chantana Srivisarn and Nopparat Chaichumni, 2005).

- Functional capacity in clients underwent Clinical Case Management Model was higher (Worasuda Thongrak, 2007).

2.1.2 Result of psychosocial functions.

- Self care functions proved to be better with statistically significance of 0.5 in Clinical Case Management Model Application compare to prior time (Umpun Hirun-Utock, 2004).

- Consistency behavior of anti-psychotic drugs application in schizophrenia clients with Clinical Case Management Model approach found higher than prior time of treatment and higher than those who obtained traditional treatment.

- Life quality of the client improved (Sansanee Poolpan, 2004; Sunantha Srisakorn, Pavinee Thanabodidhammajaree and Duangta Kulrattanayarn, 2007).

- Satisfaction: Clients were satisfied toward the service. (Worasuda Thongrak, 2007; Chantana Srivisarn and Nopparat Chaichumni, 2005)

2.1.3 Results on Medical Expenses

- Clients with Clinical Case Management Model approach spend less medical expense due to the shorter of hospitalization period compared to

those who obtained traditional treatment with statistical significance of 0.5 (Waraporn Mraksa, 2005; Chantaana Srivisarn and Nopparat Chaichumni, 2005).

- Burden of caregivers was lower in schizophrenia with clinical Case Management Model compared to prior time (Anchalee Thongpasook, 2004; Sunantha Srisakorn, Pavinee Thanabhodidhammajaree and Duangta Koolrattanayarn, 2007 ; Orawan Kongtor, 2007).

2.2 Effectiveness of Assertive Community Treatment (ACT) model

4 research studies of Assertive Community Treatment Model-ACT (Kane&Blank, 2004; Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher, 2006; Macias, Rodican, Hargreaves, Jone, Barreira & Wang, 2006 ; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling, et al.,2006). The results can be shown as follow;

1) A comparison study of NPACT which is the same Standard Program of Assertive Community Treatment (PACT) together with consumer Peer Provider (CPPs) and Standard Program of assertive community treatment (PACT) (Kane & Blank, 2004) reported the results as follow;

- Result on community adjustment in those who obtained NPACT program had better results than in those who obtained PACT, based on MCAS community adjustment evaluation.

- Result on treatment satisfaction showed that the clients with NPACT program had more treatment satisfaction when evaluated by MHSIP.

- No differences between the 2 programs in terms of disability conditions, physical symptoms and health promotion.

2) A Comparison study of Assertive Community Treatment Model (ACT) as well as clubhouse model (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang, 2006) found the result as follow;

- Results on job placement revealed that ACT approach had better service engagement (98 % VS 74 %) and 24-month retention (79%, mean = 650 $\pm$ 180 days VS 58%, mean = 569 $\pm$ 288 days) than Clubhouse approach with statistical significance.

- Result of time to first job between ACT group and Clubhouse group found indifference. Half of the whole samplings could start the jobs within 6 months (Med of ACT = 6.67 VS Med of Clubhouse = 4.23 months).

- Result on calendar day employed and earnings in Clubhouse group found higher than ACT group with statistical significance in terms of employment duration, working hours and earnings (Calendar day employed for Clubhouse = 264 ± 214 days VS 173 ± 164 days for ACT ; Total working hours for clubhouse = 754 ± 717 hours VS \$ 3948 ± 4888 for ACT).

- Salary is the main reinforce for job achievement. The clubhouse group had longer employment duration, working hours and more earnings than ACT group with statistical significance (\$ 7.94 VS \$ 6.45, $p < 0.01$) due to the fact that they gained more wage and earnings.

- Transitional employment between the Clubhouse groups found no difference in term of time to first job. However, Clubhouse group had better figure on days employed and earnings than ACT group with Statistical significance ($p < 0.05$).

- Finding suggested that ACT group had better effectiveness in those who had physical health problem or severe substance use disorders while the Clubhouse group showed better results in those who were ruled out the conditions mentioned before.

3) A comparison study of ACT-IPS program and SEP: Support Employment Program by Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher (2006) found the results as follow;

3.1 Vocational and mental health service

- Over half of ACT-IPS group obtained 9 out of 10 of vocational services, while SEP group obtained only 2 services of vocational services. Overall results found that ACT-IPS had higher median scores (54 VS 9) of all vocational contact than in SEP group.

- Two-third of the ACT-IPS group obtained 4 mental health services out of 8 services while over two-third of the SEP group obtained only 3 mental health services. On the whole, ACT-IPS had higher median scores on all mental health service contact than SEP group (Median, 86VS59).

- Comparison of the 2 services, in general, ACT-IPS group had higher median scores on all service contact than SEP group (median, 140 VS 96).

3.2 Integration of vocational with mental health service.

- IPS employment expert in collaboration with the schizophrenia clients worked together on job evaluation, job planning, job counseling and job development. This aimed to reduce psychotic symptoms which were the key to succeed. Moreover, ACT-IPS programs can be adjusted to fit client's needs and reinforce client's job motivation. In case of finding a new job, job skill learning and promoting new job seeking motivation are included in the program.

- GC employment expert takes roles in preparing the clients for competitive work with closely care, focusing on job planning and job skill development. Besides, SEP case manager is a program coordinator for both clients with mental health service and supported service while Physician team is responsible for mental evaluation and psychotic medication plan.

3.3 Job outcomes: End point analyses

- Both groups could take either competitive job or all jobs. There are 2 reasons to explain this outcome. Firstly, personnel working in this field believed that person with severe mental health problem with limited job taking history could take competitive job since it help the client to enhance his self-value and social participation. Secondly, economic sufficiency is related to the amount of earnings. Hence, they took the job.

- 87 % of ACT-IPS group (42 of 48 participants) got competitive job while 39 % of SEP group (20 of 51 participants) got this type of job. Consider the number of the participants who got competitive job, the ACT-IPS group (63.6 %) had higher score of getting competitive job, the SEP group (26%) with statistical significance ($p < 0.01$, effect size = 0.38). However, no difference found in all jobs category (72.7 VS 66.2%, $p = 0.40$, effect size = 0.07).

- The ACT-IPS group gained more income from competitive job (median = \$ 549) than the SEP group (median = \$ 0) with statistical significance ($p < 0.001$) but in all job category found indifference.

3.4 Weeks and hours worked

- Both groups found no differences in comparison of competitive job in term of weeks per job, week per longest job, hours/weeks/jobs and wage/job. However, week to the first job in ACT-IPS was faster than in SEP group with statistical significance (median = 19 VS 46; $p = 0.005$). All job, on the other hand, found longer weeks to first job in ACT-IPS than in SEP group with statistical significance (median = 19 VS 4.4; $P = 0.005$).

3.5 Job features;

- Comparison of IPS expert and GC expert found that IPS expert got a better collaboration with local employers for competitive job category than GC expert (16 % VS 3 %) and also better in job placement support (29% VS 6 %).

- In both groups, there were no differences in terms of job placement and informal contact (38 % for ACT-IPS VS 60 % for SEP; 17% VS 13 % respectively).

3.6 Job termination

- Work absence and work resign for competitive job category in both ACT and SEP groups had common primary factors such as impact of client's symptoms affected the job (11.75 % VS 8.8%), work pressure (11.75 % VS 2.9 %), dissatisfaction with the workload (9.1 % VS 5.9 %), unable to manage assigned work (13% VS 5.9%), and unable to maintain in the previous work rank (9.1% VS 23.5%).

3.7 Secondary symptom and quality of life outcomes

- No explicit differences found in both ACT-IPS and SEP groups on psychiatric symptoms, measured by PANSS scale scores and self-reported quality of life, assessed by QOLI scale scores during the baseline point of time and the study duration.

4) A comparative study of the results of Assertive Community Treatment Team and results of Community Mental Health Team (Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al., 2006) found that

- Service: both groups found no statistical significance on IPD service. However, the average numbers of days in hospital in

assertive community treatment team was higher than in community mental health team.

- Numbers of IPD found that no difference between both groups in term of numbers of days of hospitalization due to the fact that both had severe mental illness.

- Satisfaction: mean scores of Assertive Community Treatment Team was also higher than Community Mental Health Team (9.1 VS 8.0; $p = 0.03$). Moreover, loss of follow-up scores in Community Mental Health Team was higher than Assertive Community Treatment Team (10 VS 2; $p = 0.01$).

- Workload: Assertive Community Treatment Team had 80 – 100 of total team case load and maximum individual case load was 12 while Community Mental Health Team had 300-350 of total team case load and 35 of individual case load.

2.3 Effectiveness of Intensive Case Management Model

There were 4 selected research studies of Intensive Case Management (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000; Preston, 2000; Bjorkman & Hansson, 2007; Rivera, Sullivan & Valenti, 2007). The results are as follow;

- 1) A comparative study of results of traditional treatment group (Chan, Mackenzie & Jacobs, 2000) and group study with pre- treatment and post-treatment (Preston, 2000) found that

Results on Clinical Symptoms

- Psychotic symptoms: Case Management of the post treatment client proved better prognosis than the prior time of treatment.

Results on psychosocial functions

- Daily life living skills in both groups found no difference in statistics. However, half of the early psychosis managed to live in the society at the same period (total $n = 42$).

- Social and Occupational Functional Assessment Score: SOFAS in early psychosis was higher than those with chronic schizophrenia.

- Behavior and Activity of daily living after having intensive case management treatment was improved compared to the prior time of the program.

2) A comparative study of results of Peer-Assisted Care (Rivera, Sullivan & Valenti, 2007) found that

- *Service*

- Strengths model group had more hours of service with experts more than the other 2 groups with statistical significance 0.05.

- Peer-Assisted Care group had more service hours of activity participation with volunteers during 7 – 12 Month period compared to the service first six month. No difference found of any changes resulted from services variables among the 3 groups at the early period and follow-up period.

- Clinical-based care group had more hours of individual service than the other 2 groups with statistical significance of 0.05.

3) A study of time series design (Bjorkman & Hansson, 2007) found that;

Result of Clinical symptoms

- Psychotic symptoms found to be significantly changed in statistic in every item of evaluation, especially, in the 6th year of home visit. Having caregiver volunteers follow up the clients on hospitalization, number of days in hospital, OPD service showed that psychosis symptoms of the clients decreased significantly in statistics.

Results of psychosocial function

- Clients' demographic data showed that the majority of the clients live alone in their apartment, unemployed but gained state allowance. 6-month follow up found that 28 participants achieved college degree and got satisfied jobs. At the 6th year follow up, 17 participants got residence allocation increased to 11 of baseline and 45 participants managed to find satisfied jobs.

- Social Networking, mostly found in socializing and working. At the early survey, 28 participants were satisfied with their jobs for more than 6 months time and this figure increased to 45 by the end of late follow-up time of the 6th year. 36 of participants met friends more than once a month and later, more participants (N = 75) also met their friends.

- Satisfaction: Clients were satisfied toward the service.

From the study results, each model of case management for person with schizophrenia can reduce duration of hospitalization which, as a result, reducing medical expenses. Case management also helped in psychotic symptom control and helps the clients have better life quality, better social function including satisfactions toward themselves, caregivers and health care team. Result of analysis found that different types of care management correspond to varieties of client's needs. Knowledge obtained from synthesis of research studies can lead to develop better effective model for schizophrenia care and treatment.

Limitations

Some parts of selected research studies were taken from foreign country settings where activity descriptions were not clarified and demonstrated. Also, there was no comment on the therapeutic team. Therefore, synthesis of this piece of information cannot be processed.

Suggestion and implication

1. Implication for nursing practices

1.1 Findings from case management for person with schizophrenia analysis and synthesis suggested that case management has great results for person with schizophrenia and his family. It also helps the clients manage to have appropriate self control behaviors, be able to live in the society for a long time. Therefore, it is suggested to have case management for person with schizophrenia and other psychosis continuously used in community hospitals. Case management model selection can be varied based on problems, conditions, client's needs, cares of family and caregiver, client's context, and therapist's context. Importantly therapist needs to be someone who has expertise and experience on each model of case management.

1.2 To apply case management, the executives should consider its importance and launch case management policy and support the program for all the sections in the hospital to notify and take part of the program. Time and

resource management are key factors together with collaborations of multidisciplinary team, community, clients and family.

1.3 Staff-training of case management should be done before using case management approach in order that the team can have clear understanding of rules and skills including setting explicit property.

2. Implications for further study

2.1 Both Assertive Community Treatment (ACT) model and Intensive Case Management (ICM) model were conducted in foreign countries. To assure their effective results, therefore, such research study should be conducted for possibility of the implication use in Thailand.

2.2 Extensive study on case management should also be addressed such as how to develop case management program which fits well with the location, client's context and also develop suitable clinical pathway for convenient practice. These considerations should catch up well with client's condition, needs and family to reduce inappropriate behaviors, substance abuse, and improve consistent medication schedule, access ability to the service, knowledge of disease and care in order that the client will eventually manage to live at home without relapse.

รายการอ้างอิง

- กนกพร แก้วเที่ยง และคณะ. (2544). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2544. นนทบุรี: วงศ์กลมโปรดักชั่น.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง.
- _____. (2541). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- _____. (2544). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545 -2549 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง.
- _____. (2545). แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง.
- กรรณิกา เข่นสุข. (2543). ผลการใช้รูปแบบการจัดการทางพยาบาลรายกรณีต่อความสำนึกในความรับผิดชอบต่อวิชาชีพการพยาบาลและความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กองแผนงานและสถิติ กรมสุขภาพจิต. (2547). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มโรค ประจำปีงบประมาณ 2547. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จลิ เจริญสรรพ และคณะ. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จันทรา ชีระสมบุรณ์. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณธร.
- จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยธานี. (2548). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, ทศนีย์ ศิริมุกดากุล, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, ปราบธนา คำมีสินนท์, นวพร ตริโยษฐ์ และ มัลลิกา พูนสวัสดิ์. (2542). การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. (2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์, นพรัตน์ ไชยชานี, จลี จริยธรรมพร, นิรมล โกสยพันธ์ และพรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ. (2548). ประสิทธิภาพของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราภรณ์ ศรชัย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ถีละไกรวรรณ. (2542). โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: สิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- จอม สุวรรณโน. (2541). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(2), 27-32.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชะโลม สรรพสุ. (2544). การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต: กรณีศึกษาตำบลอุดมทรัพย์ อำเภอน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2544. นนทบุรี: วงศ์กลมโปรดักชั่น.
- คารณี ตั้งตรงมิตร และ สมจิตต์ ลุประสงค์. (2546). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. รายงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.
- ทิวพร พู่เฟื่อง และคณะ. (2544). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร จังหวัดนนทบุรี. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทูลภา นุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นพรัตน์ ไชยธานี, จลี เจริญสรรพ, พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, นิรมล โกยสัยพันธ์, พรทิพย์ โพธิ์ศรี ประเสริฐ และพรประไพ แยกเต้า. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนในชุมชนโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารพิมพ์.
- ปัทมา ศิริเวช. (2545). ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 10(2), 57-65.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. (2546). การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รายงานวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. (2539). DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พหล วงศาโรจน์. (2541). การสำรวจผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.[ม.ป.ท.].
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). トラバプ : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18(1), 1-9.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2543). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอน เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13, 19-26.

- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2547). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. *วารสารการสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 64-70.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). การจัดการรายกรณี. *เอกสารประกอบการสอน รายวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. ม.ป.ท.
- รัตติยา ทองแสง, ดร.ณิ คชพรหม และจิรัชกุล ณัฐรังสี. (2544). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิต โดยเครือข่ายสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี. *รายงานประชุมวิชาการสุขภาพจิต*, 76.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guideline). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(16), 36- 47.
- เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). *Case Management*. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติ การประชุม 2 st national forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543 โรงแรมอิมพีเรียล ควินสปาร์ค กรุงเทพฯ: J.S. การพิมพ์.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์. (2540). *แนวปฏิบัติงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์*. นครสวรรค์: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2537). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับญาติผู้นำชุมชน เล่ม 3 : ผู้ป่วยอาการทุเลามาก*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2546). *คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรภรณ์ มารักษา. (2548). *การศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี*. โครงการศึกษาอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรสุดา ทองรักษ์. (2550). *การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้การจัดการรายกรณี*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชณี หัตถพนม และคณะ. (2546). การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(1), 24-35.

- วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ และคณะ. (2538). รายงานวิจัยเรื่องต้นทุนผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคประสาท ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2535. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). *Case management*. กรุงเทพฯ : J.S.การพิมพ์.
- คันสนีย์ พูนผล. (2547). การศึกษาการจัดการระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการศึกษาอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ เพียรสุข, อัญชลี ศิลาเกษ และ กัลยา อันซีน. (2543). ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี.
- สถิต วงศ์สุรประกิจ. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ชนบดีธรรมจารี และดวงตา กุลรัตนญาณ. (2550). ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 11-25.
- สุพัตรา ทองคุณ. (2545). แนวทางการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษาที่จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพัตรา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). การศึกษารายฉบับในผู้ป่วยจิตเภท. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4* หน้า 69-70. กรุงเทพฯ.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์. (2543). กระบวนการพยาบาล. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช.

- สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ. (2540). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. รายงานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม กรมสุขภาพจิต. ม.ป.ท.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). *การนำ Case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน*. เอกสารจัดเตรียมเพื่อนำเสนอในที่ประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตปี 2544. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2542). *การประเมินโครงการพัฒนาการให้บริการผู้ที่มีปัญหาทางจิตเภท ในการประชุมวิชาการในการ ปี 2544*. นนทบุรี: วงศ์มกลโปรดักชั่น.
- หยกฟ้า บุญจิต. (2545). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญชัญ ไพบูลย์. (2545). *ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการแสดงบทบาทผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ทรงผาสุข. (2547). *การศึกษากิจการผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี*. โครงการศึกษาอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอนก สุภรินท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). *ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ปี 2547*. บทคัดย่อ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 15(1), 1.
- เอกอุมา วิเชียรทอง (2545). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. *การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ปี 2545*.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรรณพ น้อยค้อ. (2555). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- อำพัน หิรัญอุทก. (2547). *การศึกษากาการจัดการผู้ป่วยกรณีต่อพฤติกรรมกาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ (พิมพ์ครั้งที่2)*. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. (4th ed). Washington, D.C. Retrieved May 12, 2009, From <http://www.aafp.org/afp/981015ap/pingitor.html>
- American Nurse's Association. (1998). *Nurse Case Management*. Missouri: American Nurse's Association.
- Askey, R. (2004). Case management: A critical review. *Mental health practice*, 7(8): 12-16.
- Beebe, L. H. (2002). Problems in community living identified by people with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(2), 38-45.
- Bjorkman, T., & Hansson, L. (2007). Case Management for Individuals with a Severe Mental Illness:A 6-Year Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 12-22. Retrieved October 30, 2008, from OVID database.
- Bostrom, A.C., & Boyd, M.A. (2005). Schizophrenia. In M.A. Boyd(Ed.). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice(3rd ed)*. Philadelphia:Williams & Winkins.
- Bower, K.A. (1992). *Case management by nurses*. Washington: American Nurses Publishing.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., & Tyrer, P. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. *THE LANCET*, 353(11), 2185-2189. Retrieved December 30, 2008, from HighWire Press synergy database.
- Chan, S.C.W., & Wong, K.F. (1999). The use of critical pathway in caring for schizophrenic patients in a Mental Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(3), 145-153.

- Chan, S., Mackenzie, A., & Jacobs, P. (2000). Cost-Effectiveness Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care organization for Patients With Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(2), 98-104. Retrieved October 30, 2008, from HighWire Press synergy database.
- Clark, T., Elliott, E., & Soldz, S. (1998). *Drug use trends in Greater Boston and Massachusetts, December, 1998*. U.S. Department of Health and Human Services. Proceedings, December 1998 Conference on Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group, National Institute of Drug Abuse.
- Cohen, E.L., & Cesta, T.G. (1993). *Nursing case management : From concept to evaluate*. Missouri: Mosby – Year Book.
- Gillam, T. (2006). Positive approaches to schizophrenia. *Mental Health Practice*, 10(4), 30-33.
- Guliano, K.K., & Poirier, C.E. (1991). *Nursing case management Critical Pathways to Desirable Outcomes*. *Nursing Management* 22(March), 52-55.
- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A., Carnemolla, M.A., Williams, O.H., & Keleher, J. (2006). Randomized Trial of Supported Employment Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 378–395. Retrieved October 30, 2008, from OVID database.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance :A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277-284.
- Holloway, F., & Carson, J. (2001) Intensive case management for the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 171, 19-21. Retrieved October 30, 2008, from OVIDdatabase.
- Jackson, H.J., Smith, N., & McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorder: an exploration study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 243-249.
- Kane, C.F., & Blank, M.B. (2004). NPACT: Enhancing Programs of Assertive Community Treatment for the Seriously Mentally Ill. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 549-559. Retrieved October 30, 2008, from OVID database.

- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). Kaplan and Sadock synopsis of psychiatric (8th ed.). Baltimore: Willams & Wilkins.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Kaplan and Sadock synopsis of psychiatric: Behavioral Sciences and Clinical psychiatric* (8th ed.). Baltimore: Willams & Wilkins.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2006). The REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London. *Published*, 1-6. Retrieved February 1, 2009, from BMJ Journal Online database.
- Lehman, A.F. (1999) . Public health policy, community services, and outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 21, 221–231.
- Lehman, A.F. (2000). *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 188: 209-16.
- Macias, C., Rodican, C.F., Hargreaves, W.A., Jones, D.R., Barreira, P.J., & Wang, Q. (2006). Supported Employment Outcomes of a Randomized Controlled Trial of ACT and Clubhouse Models. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 57 (10), 1406-1415. Retrieved December 30, 2008, from PubMed database
- Marshall, M., Gray, A., lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders (Review). *The Cochrane Library* 2008, Issue I. Retrieved October 30, 2008, from Cochrane database.
- McCann, A. S. (2003). *Psychiatric Nursing made Incredibly Easy*. Philadelphia: Williums & Winkins.
- Meyer, P.S., & Morrissey, J.P. (2007). A Comparison of Assertive Community Treatment and Intensive Case Management for Patients in Rural Areas. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 58(1), 121-127. Retrieved December 30, 2008, from HighWire Press database.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Model of Community Care for Severe Mental Illness: A review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 2(1), 37-74. Retrieved December 30, 2008, from SAGE Journal Online database.
- Nichols, A.H. et al. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' Distress and resources. *Psychiatric Service* 55(1), 35-44.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Method, Appraisal and Utilization* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Powell, S.K. (1996). *Nursing case management : a practice guide to success in managed care*. Philadelphia:Lippincott-Raven Publisher.
- Preston, J.N. (2000). Predicting community survival in early psychosis and schizophrenia populations after receiving intensive case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 122-128. Retrieved December 30, 2008, from CINALH Journal Online database.
- Rivera, J.J., Sullivan, A.M., & Valenti, S.S. (2007). Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management : Does It Improve Outcome?. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 58(6), 802-809. Retrieved December 30, 2008, from CINALH database.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkins.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. (9th ed). Philadelphia: Lippincott Willams & Wilkins.
- Salyers, M.P. & Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery : Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*, 42(6), 619-641. Retrieved January 30, 2009, from SAGE Journal Online database.
- Scott, J.E. & Dixon, L.B. (1995). Assertive Community Treatment and Case Management for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 657-668. Retrieved December 30, 2008, from HireWire Press database.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness:a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 178, 497-502. Retrieved December 30, 2008, from Blackwell synergy database.
- Sowell, R.L. & Meadows, T.M. (1994). An integrated case management model : Developing standard, Evaluation and outcome criteria. *Nursing Administration Quarterly*, 18(2), 53-64.

- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Taylor, M.C. (1994). *Essentials of Psychiatric Nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Wise, Y. (1995). *Leadership and managing in nursing*. St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, WHO.
- Worley, N.K. (1997). *Mental Health Nursing in the Community*. Donnelley & Sons.
- Zander, K. (1990). *Manage care and nursing case management*. In Mayer, C.G., Madden, M.J. And Lawrenze (ed). *Patient Care Delivery Models*. Maryland: A spent.
- Zander, K. (1992). *Case management by nurses*. Washington DC: American nurses publishing.
- Zander, K. (1993). The impact of managing care on the role of nurse. *Nursing Management*, 5, 65-82.
- Zander, K. (1998). *Nursing case management : Strategic management of cost and quality outcomes*. *Journal of Nursing Administration*, 18, 23-30.
- Ziguras, S.J., stuart, G.W. & Jackson, A.C. (2002). Assessing the evidence on case management. *British Journal of Psychiatry*, 181, 17-21. Retrieved January 30, 2009, from Google database.



ภาคผนวก

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการ
ผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 1 การศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
จังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้แต่ง ศันสนีย์ พูลผล

แหล่งตีพิมพ์/ปี โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2547

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : มีลักษณะข้อบ่งชี้ข้อใดอย่างหนึ่งดังนี้ 1. กลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากมีอาการกำเริบภายหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย 2. มีประวัติล้มซ้ำ 3. มีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาซับซ้อน เช่น ญาติทอดทิ้งไม่ดูแล หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสังคมหรือชุมชน
ผลลัพธ์	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือประเมิน	- แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในการศึกษาใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต
ผลลัพธ์	WHOQOL-BREF-THAI (1996) ใช้ประเมินก่อนให้โปรแกรมและ ประเมินทันทีเมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรม คือ สัปดาห์ที่ 4

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษักร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : - พยาบาลวิชาชีพ : กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขากการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชศูนย์สุขภาพชุมชน กิจกรรมการดูแล : ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) - ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	<u>สัปดาห์ที่ 2-3</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยและประโยชน์ของการไปพบแพทย์ตามนัด 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลืองานบ้าน ร่วมงานกับเพื่อนบ้าน <u>สัปดาห์ที่ 4</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - สนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ - ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรทางสังคมที่อยู่ในชุมชน รวมถึงช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว - ส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนดูแลต่อไป
ผลการศึกษาวิจัย	- คุณภาพชีวิต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับ
การนำไปใช้	การศึกษานี้ พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ clinical case management ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้าน อันจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 2	การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
ผู้แต่ง	อัญชลี ทรงผาสุข
แหล่งตีพิมพ์/ปี	โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2547
หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง :ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1)ผู้ป่วยจิตเภท 2)ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : มีคุณสมบัติในข้อ1 และในข้อ 2-7 อย่างน้อย 1 ข้อ 1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย Schizophrenia 2. มีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา (รับประทานยาไม่ ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/1 ปี) 3. มีปัญหาการนอนหลับในครอบครัวและในชุมชน 4. มีปัญหาการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ 5. มีปัญหาการใช้อารมณ์ในครอบครัวหรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน 6. ขาดทักษะในการดูแลตนเองและทักษะในการเข้าสังคม 7. รักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปหรือกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2. มีภาระการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนภาระการดูแลมากกว่า 2.5 คะแนน)
ผลลัพธ์	ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
เครื่องมือประเมิน	- แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่นพรัตน์ ไชยธานี (2544)
ผลลัพธ์	ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ใช้ประเมินก่อนให้โปรแกรมและประเมินหลังให้โปรแกรมครบ 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8)
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : รูปแบบ : การจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : การศึกษานี้กล่าวรวมว่าเป็นทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : - พยาบาลวิชาชีพ : กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมการดูแล : ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1-2</u> 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีกิจกรรมที่เหมาะสม และงานที่รับผิดชอบ <u>สัปดาห์ที่ 3-4</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว <u>สัปดาห์ที่ 5-6</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - หาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้ผู้ป่วย
ผลการศึกษาวิจัย	- การระดมความคิดเห็นของผู้ดูแล พบว่าการดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ให้กิจกรรมการดูแลที่เป็นการให้ความรู้ควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 3	การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
ผู้แต่ง	อำพัน หิรัญอุทก
แหล่งตีพิมพ์/ปี	โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2547

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก และมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอสามชุก 2. ไม่มีอาการหลงผิด พุดคุยรู้เรื่อง สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้ง 4. อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ 5. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม หรือผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเอง ขาดการรับรู้ระบบบริการสุขภาพ 6. ขาดการรักษาานเกิน 3 เดือน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
เครื่องมือประเมิน	- แบบบันทึกพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม
ผลลัพธ์	ของ พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิ์ และคณะ(2542) โดย จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ และสุเมธนา บุญชัย (2545) ที่สร้างตามแนวคิดการดูแล ตนเองของโอเร็ม (Orem,1991) ใช้ประเมินก่อนให้โปรแกรมและหลังให้ โปรแกรม 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 7)
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : - พยาบาลวิชาชีพ : กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมการดูแล : ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1-2</u> 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีกิจกรรมที่เหมาะสม และงานที่รับผิดชอบ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	<u>สัปดาห์ที่ 3-4</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว <u>สัปดาห์ที่ 5-6</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - หาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วย
ผลการศึกษาวิจัย	- พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน จึงควรให้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน แต่การนำไปใช้ควรให้ผู้บริหารพิจารณาประกาศเป็นนโยบาย เพื่อทุกหน่วยงานทราบและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 4 การศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการ
และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้แต่ง วราภรณ์ มารักษา

แหล่งตีพิมพ์/ปี โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2548

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. ไม่จำกัดเพศหญิง/ชาย 2. อายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี 3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
ผลลัพธ์	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ - จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมินความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย เป็นแบบวัดที่สร้าง โดย จิราพร สิมากร(2544)ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิด Aday and Anderson (1975) ใช้ประเมินทันทีหลังให้โปรแกรมครบ 2. แบบบันทึกสรุปจำนวนวันนอน โดยผู้ศึกษาใช้แบบบันทึกจำนวน วันนอนตามแบบฟอร์มของเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี โดยคำนวณ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	จากวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล/วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสรุปรวมเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ใช้ประเมินหลังให้โปรแกรมครบตามที่
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : แบบปกติ กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกสซกร และนักโภชนาบำบัด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คนมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีใบประกอบโรคศิลป์ 2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป 3. มีความรู้ ความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม(Individual & Group Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต 2. จิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย - การบริการปรึกษารายบุคคล - จิตบำบัดรายบุคคล

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	- การให้คำปรึกษาครอบครัว
ผลการศึกษาวิจัย	1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย พบว่า ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่า จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ครอบคลุมความต้องการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี หากจะนำไปใช้ผู้บริหารควรประกาศเป็นนโยบายและให้การสนับสนุน เพราะหากไม่มีการประกาศเป็นนโยบาย อาจทำให้ทีมหยุดดำเนินการ และขาดความต่อเนื่อง

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 5	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย และญาติ และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
ผู้แต่ง	จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยชำนาญ
แหล่งตีพิมพ์/ปี	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข/2548

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียวหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1)ผู้ป่วยจิตเภท 2) ญาติผู้ป่วย จิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน เกณฑ์คัดเข้า : มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ 1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง หรือมีประวัติ เข้ารับการรักษา >2 ครั้งต่อปี หรือกลับเข้ารับการรักษาภายใน 3 เดือน 3. มีประวัติการใช้สารเสพติดยกเว้นบุหรี่ก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน 4. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือคิดทำร้ายตนเองก่อนมา โรงพยาบาล 1 ปี

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	ญาติผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. ญาติที่ผู้ป่วยโดยตรง 2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
ผลลัพธ์	- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย - จำนวนวันนอนโรงพยาบาล - ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล - อัตราการป่วยซ้ำ
เครื่องมือประเมิน	1. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อบริการที่ได้รับ
ผลลัพธ์	ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดความพึงพอใจบริการพยาบาลของพรทิพย์ ไตร ภักทร (2544) ซึ่งใช้แนวคิด Aday และ Anderson (1975) ประเมินทันที หลังให้โปรแกรมครบ 2. แบบบันทึกสรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และสรุป จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงมาจากแบบสรุป ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 3. อัตราการป่วยซ้ำ ประเมินโดยติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : แบบปกติ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : -- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม (Individual & Group Psychoeducation ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต 2. จิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย - ให้คำปรึกษาปรึกษารายบุคคล และให้คำปรึกษาครอบครัว - จิตบำบัดรายบุคคล 3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้กับ อสม.และแกนนำชุมชน
ผลการศึกษาวิจัย	1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อบริการที่ได้รับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	3. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. อัตราการป่วยซ้ำ เมื่อมีการติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม พบว่าเมื่อติดตามภายใน 3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนพบว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเป็น 4 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี คือเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปสู่ชุมชน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 6 การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้การจัดการรายกรณี
ผู้แต่ง วรสุดา ทองรักษ์
แหล่งตีพิมพ์/ปี รายงานการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
/2550

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนสระนกกแก้ว ศูนย์สุขภาพ ชุมชนอุ่มเม่า ศูนย์สุขภาพชุมชนจิว อำเภโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน เกณฑ์คัดเข้า: 1. มีประวัติรักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลจิตเวชและ/หรือใน โรงพยาบาลโพนทอง 2. มีประวัติขาดการรักษาตามแผนการรักษาผู้ป่วย และครอบครัวมี ข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม
ผลลัพธ์	- สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท - ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก - ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ใช้ประเมินก่อนให้โปรแกรม ขณะให้โปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และประเมินทันทีหลังให้โปรแกรมครบ 2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อบริการที่ได้รับ ใช้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบในการฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนด ใช้ประเมินทันทีหลังให้โปรแกรมครบ 3. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลหลังจากสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนด ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจากแนวปฏิบัติการจัดการรายกรณีและแนวทางการดำเนินงานตามลำดับขั้น ใช้ประเมินทันทีหลังให้โปรแกรมครบ
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมสหวิชาชีพ : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : - พยาบาลวิชาชีพ : กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขากการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กิจกรรมการดูแล : ใช้ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ ความถี่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมอย่างน้อย 3 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม (Individual & Group Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) 3. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - สนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ - ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรทางสังคมที่อยู่ในชุมชนรวมถึงช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว - ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ชุมชน - แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
ผลการศึกษาวิจัย	1. สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองพบว่าผู้ป่วยระดับที่ 1 จำนวน 7 คน ผู้ป่วยระดับที่ 2 จำนวน 3 คน ผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 2 คน ขณะการรักษาสัปดาห์ที่ 2 พบว่าผู้ป่วยระดับที่ 1 จำนวน 5 คน ผู้ป่วยระดับที่ 2 จำนวน 3 คน ผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 4 คน ประเมินพื้นที่หลังให้โปรแกรมครบ พบว่าไม่มีผู้ป่วยระดับที่ 1 ผู้ป่วยระดับที่ 2 จำนวน 2 คน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 10 คน 2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบในการฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับระดับปานกลางถึงมาก 3. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่าทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นประโยชน์ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านในทีมสหวิชาชีพตามความเหมาะสม ในขณะเดียวกันพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็ต้องได้รับการฝึกทักษะการประเมิน การวางแผนการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 7 ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ
ผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร
ผู้แต่ง สุนันทา ศรีสาคร, ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และดวงตา กุศลรัตนญาณ
แหล่งตีพิมพ์/ปี วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต/2550

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	สถาบันจิตเวชสมเด็จพระเจ้าพระยา, ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภท 2) ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 41 คน เกณฑ์คัดเข้า : มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ 1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 3. ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้งใน 1 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 41 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
ผลลัพธ์	- การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมินการดูแลของผู้ดูแล สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ใช้ประเมินในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 5 ของการให้โปรแกรม 2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ใช้ WHOQOL-BREF-THAI (1996) ใช้ประเมินในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 5 ของการให้โปรแกรม
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ The Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : พยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล : เยี่ยมบ้านในระยะเวลาห่างกันห่างกัน 2-4 สัปดาห์/ครั้ง รวม 5 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้ <u>ครั้งที่ 1</u> 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการดำเนินของโรค 2. ด้านจิตสังคม - ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	<u>ครั้งที่ 2</u> เพิ่มเติมในเรื่อง - ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติและพฤติกรรมข้างเคียงของยาโรคจิต สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ อาการเตือน การกลับมาตรวจตามนัด <u>ครั้งที่ 3</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - เสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง <u>ครั้งที่ 4</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว <u>ครั้งที่ 5</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช วิธีการติดต่อเมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย	1. การระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และลดการระการดูแลของผู้ดูแล โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและสังคมได้

ตาราง 4 สรุปผลการถนอมข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 8 ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล

ผู้แต่ง อรวรรณ น้อยดื้อ

แหล่งตีพิมพ์/ปี โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย /2550

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภท 2) ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท 2. มีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา (รับประทานยาไม่ ต่อเนื่อง/ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/ปี) 3. เคยมีอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต 4. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 5. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และยินดีให้ความร่วมมือ 6. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายค่ารักษาเอง หรือขาดความรู้ใน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เรื่องการใช้ระบบบริการสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท : จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เกณฑ์คัดเข้า : 1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท 2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ 3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ และยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
ผลลัพธ์	- พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท - ภาระการดูแลของผู้ดูแล
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิด ของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชรรัตนสาขบัว (2544) ใช้ประเมินก่อนทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คือสัปดาห์ที่ 8 2. แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ใช้ประเมินก่อน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ) การจัดกระทำ	ทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คือสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : แบบปกติ กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Clinical Case Management Model ทีมผู้ดูแล : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : - พยาบาลวิชาชีพ : กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมการดูแล : ดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนจบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1-2</u> 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยารักษา อาการทางจิต <u>สัปดาห์ที่ 3-4</u> เพิ่มเติมในเรื่อง - ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับทักษะการสังเกตและการจัดการกับ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ(ต่อ)	อาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย <u>สัปดาห์ที่ 5-6</u> เพิ่มเติมในเรื่อง 1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการเผชิญกับความเครียด (coping skill) ฝึกการผ่อนคลายความเครียด - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม - ฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม
ผลการศึกษาวิจัย	1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	2. <i>การระการดูแลของผู้ดูแล</i> พบว่า การระการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการดูแลโดยรวมและรายด้าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น และลดการดูแลของผู้ดูแล อันจะทำให้ญาติมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแล

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 9 Predicting community survival in early psychosis and schizophrenia
populations after receiving intensive case management

ผู้แต่ง Preston

แหล่งตีพิมพ์/ปี Australian and New Zealand Journal of Psychiatry/2000

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	Local Community in Australian and New Zealand
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยประเภที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) จำนวน 49 ราย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) จำนวน 42 ราย
ผลลัพธ์	- ทักษะทางสังคม - ทักษะการดำรงชีพ และทักษะด้านอาชีพ
เครื่องมือประเมิน	1. แบบประเมิน The Life Skills Profile Score (LSP) ใช้ประเมินทักษะ
ผลลัพธ์	ด้านการดำรงชีพ (living skills) ใช้ประเมินในเดือนที่ 12 หลังให้ โปรแกรม 2. แบบประเมิน SOFAS (Social and Occupational Functional Assessment Score) ใช้ประเมินการทำงานด้านสังคมและด้านทักษะอาชีพ ในเดือนที่ 12 หลังให้โปรแกรม

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management Model เป็นการศึกษาใน 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 : ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) กลุ่มที่ 2 : ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (early psychosis) ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้แสดงไว้ในการศึกษา กิจกรรมการดูแล : เยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) แก่ผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต 2. จิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) ประกอบด้วย - จิตบำบัดรายบุคคล (individual therapy) - ให้การปรึกษาแบบประทับประคอง - ให้คำปรึกษารอบครัว - กลุ่มบำบัด (group therapy) เช่น กลุ่มทำงาน ครอบครัวบำบัด 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) - การฝึกทักษะสังคมและทักษะชีวิตให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม สันทนาการ - ฝึกทักษะด้านการทำงาน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย	1. ด้านทักษะการดำรงชีพ (<i>living skills</i>) พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติของค่าการดำรงชีพในสังคม แต่พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (<i>early psychosis</i>) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำครั้งหนึ่ง (จำนวน 49 ราย) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (<i>Chronic Schizophrenia</i>) ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนในช่วงเวลาเดียวกันได้โดยไม่ป่วยซ้ำเพียง 3 คน (จำนวน 42 ราย) 2. ด้านทักษะสังคมและทักษะด้านอาชีพ <i>SOFAS</i> (<i>Social and Occupational Functional Assessment Score</i>) พบว่าผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (<i>early psychosis</i>) มีทักษะด้านสังคมและทักษะด้านอาชีพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (<i>Chronic Schizophrenia</i>)
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้ได้ผลดีทั้งผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (<i>early psychosis</i>) และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (<i>chronic schizophrenia</i>) แต่ผู้ป่วยประเภทที่มีอาการป่วยจิตครั้งแรก (<i>early psychosis</i>) ปัญหาหรือความซับซ้อนอาจมีน้อยกว่า อันนำไปสู่การอยู่ในชุมชนได้นานกว่า

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 10	Cost-effectiveness Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care Organization for Patients With Chronic Schizophrenia
ผู้แต่ง	Chan, Mackenzie, Jacobs
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XIV, No.2 (April)/2000

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	A randomized controlled trials
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนของฮ่องกง
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 62 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 31 ราย กลุ่มควบคุม จำนวน 31 ราย เกณฑ์คัดเข้า 1. เป็นผู้ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 2. อายุ 18-65 ปี 3. ไม่มีอาชืพ เป็นอย่างน้อย 3 เดือน 4. การรักษาไม่ได้ผลดี 5. ในช่วง 24 เดือนก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับการดูแลพิเศษ
ผลลัพธ์	- อาการทางจิต - พฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย - ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ตาราง 4 สรุปผลการก่อกำเนิดข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมิน BPRS (<i>The Brief Psychiatric Rating Scale</i>) ใช้ประเมินลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนให้โปรแกรม และเดือนที่ 5 เดือนหลังให้โปรแกรม 2. แบบประเมิน SLOF (<i>Specific Level of Functioning scale</i>) ใช้ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้ประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนให้โปรแกรม และเดือนที่ 5 เดือนหลังให้โปรแกรม 3. แบบประเมิน PSI (<i>The Patient Satisfaction Instrument</i>) ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ใช้ประเมิน 1 ครั้ง ในเดือนที่ 5 เดือนหลังให้โปรแกรม
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : แบบปกติ กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : การจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบ Intensive Case Management Model กิจกรรมการดูแล : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา
ผลการศึกษาวิจัย	1. ลักษณะอาการทางจิต พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2. พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยรายกรณีดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 3. พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าพฤติกรรมและ การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดีกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 4. ลักษณะอาการทางจิต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตดีกว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 5. พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองมีพฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุม 6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุม
การนำไปใช้	การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลให้ลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น พฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมี ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ จึงเป็นการดูแลที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 11	NPACT: Enhancing Programs of Assertive Community Treatment for the Seriously Mentally Ill
ผู้แต่ง	Kane & Blank
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Community Mental Health Journal/2004

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	A two-group community comparison design
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	Local community mental health center (CMHC) 2 แห่งที่ central Virginia cities
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ประกอบด้วย 1 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท เกณฑ์คัดเข้า : 1. มีอาการทางจิตรุนแรง มีความเสี่ยงทางด้านสังคมและการประกอบอาชีพ 2. อายุระหว่าง 18-75 ปี 3. ไม่มีปัญหาเรื่อง mental retardation 5. พูดภาษาอังกฤษได้ 6. มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ กลุ่มควบคุม : ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่มาจากการติดต่อจาก case managers มี 9 คน ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการในการสัมภาษณ์ช่วง follow-up จึงเหลือ 21 คน ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) อายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษาเท่ากับ 41 ปี 2) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ high school, ส่วนใหญ่สถานะภาพสมรสโสด

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการ
ผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	3) ค่าเฉลี่ยของ scores on the Global Assessment of functioning Scale เท่ากับ 42 (จากคะแนน 100) ซึ่งบ่งชี้ถึงกลุ่มศึกษามีปัญหาเรื่อง serious symptoms and impairment in social and occupational functioning กลุ่มทดลอง : ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่ม NPACT : มีจำนวน 40 คน ที่มาจากการการติดต่อจาก APN มี 2 คนปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการในการสัมภาษณ์ช่วง follow-up จึงเหลือ 38 คน 2. กลุ่ม PACT : มีจำนวน 30 คน ที่มาจากการการติดต่อจาก case managers มี 9 คน ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการในการสัมภาษณ์ช่วง follow-up จึงเหลือ 21 คน - ซึ่งผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกลุ่มควบคุม
ผลลัพธ์	- อาการทางจิต - ภาวะทุพพลภาพ - การปรับตัวทางด้านสังคม - อาการทางกาย - พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ - ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. <i>The Positive and Negative symptoms Scales (PANSS, Kay, Fiszbein & Opler, 1987)</i> ใช้ประเมินอาการแสดงทางจิต (Psychiatric symptoms) 2. <i>The Disability Rating Form (DF, Hoyle, Nietzel, Guthrie, Baker-Prewitt & Heine, 1992)</i> ใช้ประเมินภาวะทุพพลภาพ (Disability)

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	3. <i>The Multnomah community abilities Scale (MCAS, Barker, Barron, McFarlanf, & Bigelow, 1994; Barker, Barron, McFarlanf, Bigelow, & Carnahan, 1994)</i> ใช้ประเมินภาวะการปรับตัวทางด้านสังคม (Community adjustment) 4. <i>The Abnormal Involuntary Movement Scales for tardive dyskinesia (AIMS, Lane, Glazer, Hansen, Berman, & Kramer, 1985)</i> และ <i>Self-report on the Pennebaker Inventory of Limbic Languigness (PILL, Pennebaker, 1982)</i> ใช้ประเมินอาการแสดงทางกาย (Physical symptoms) โดย PILL มีการนำมาใช้เพื่อแยกอาการทางกายออกจากอาการทางจิต 5. <i>The Health Promoting Lifestyle Profile (Walker, Sechrist, Pender, 1987)</i> ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (health behavior) 6. <i>The Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) Consumer survey (CMHS, 1996)</i> ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการรักษา - การประเมินตัวชี้วัดดังกล่าวจะทำที่ช่วงเวลาก่อนให้โปรแกรมและ ช่วงติดตามในเดือนที่ 6 หลังให้โปรแกรม
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : Standard program of assertive community treatment (PACT) ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดหางาน ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดยาเสพติด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางจิตเวช (Advances Practice Psychiatric Mental Health Nurses : APNs)

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ(ต่อ)	กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) ประกอบด้วยเรื่องให้ความรู้เรื่องยาโรคจิต และการรับประทานยา วิธีการจัดการกับอาการทางจิต 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะวิกฤต - ฝึกทักษะการปรับตัวทางสังคม (social skill training) ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตเป็นปกติ - ส่งเสริมเรื่องการทำงาน - สนองความต้องการทางด้านร่างกาย 3. จิตสังคมบำบัด - ให้การบำบัดเพื่อลดการใช้สิ่งเสพติด กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : NPACT ซึ่งเป็นการดูแลแบบ Standard Program of assertive community Treatment (PACT) ร่วมกับ Consumer Peer Providers (CPPs) ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดยาเสพติด อาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ(ต่อ)	ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : Advances Practice Psychiatric Mental Health Nurses (APNs) มีผู้ช่วยคืออาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา เพื่อลดระยะเวลา ความรุนแรง และความถี่ของการเจ็บป่วยทางจิต 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะวิกฤต - ฝึกทักษะการปรับตัวทางสังคม (social skill training) ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ชีวิตเป็นปกติ ส่งเสริมเรื่องการทำงานและสนองความต้องการทางด้านร่างกาย - เฝ้าติดตามปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 3. จัดสังคมบำบัด - เฝ้าติดตามปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง 4. สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 5. การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - มีอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการฝึกเกี่ยวกับการช่วยผู้ป่วยเรื่องทักษะทางสังคม การใช้ชีวิตในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย	1. อาการทางจิต (<i>Psychiatric symptoms</i>) พบว่าการดูแลรูปแบบการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program 2. ภาวะทุพพลภาพ (<i>Disability</i>) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง NPACT program และ PACT program 3. ภาวะการปรับตัวทางด้านสังคม (<i>Community adjustment</i>) พบว่าการดูแลรูปแบบการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program 4. อาการทางกาย (<i>Physical symptoms</i>) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง NPACT program และ PACT program 5. พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (<i>health behavior</i>) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง NPACT program และ PACT program 6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ พบว่าการดูแลรูปแบบการให้ NPACT program ให้ผลที่ดีกว่า PACT program
การนำไปใช้	การให้ intervention แบบ NPACT ที่มีการทำงานร่วมกันของทีม (APNs and CPPs) มีประโยชน์ในเรื่องของการแก้ไข/จัดการกับปัญหาทั้ง health และ mental health problems ในกลุ่มคนที่มีปัญหาทางด้านจิตใจที่รุนแรง

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 12	Supported Employment Outcomes of a Randomized Controlled Trial of ACT and Clubhouse Models
ผู้แต่ง	Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira & Wang
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Psychiatric Service/2006

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	A randomized controlled trials
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	Local community in Massachusetts
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : กำหนดโดย The Employment Intervention Demonstration Program (EIDP) เกณฑ์คัดเข้า : 1. ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (schizophrenia spectrum disorder, bipolar disorder, หรือ recurrent major depression) 2. อยู่ในสภาพว่างงานในระยะเวลาไม่นานนี้ 3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 4. ไม่มีประวัติของ severe mental retardation กลุ่มตัวอย่าง ที่ผ่านเกณฑ์และได้รับการคัดกรองสำหรับ program preference จำนวน 310 คน ซึ่งจะมีการบันทึกไว้เป็นตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นอย่างไรก็ตามสุดท้ายมีการตอบรับเข้าร่วมโครงการ จำนวน 177 คน คิดเป็น 57% เมื่อคิดเป็นจำนวนของ intent-to-treat sample จะเท่ากับ 174 คน ต่อจากนั้นจะมีการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มที่ได้รับ ACT program จำนวน 85 คน 2. กลุ่มที่ได้รับ Clubhouse program จำนวน 89 คน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์	- การจ้างงาน ได้แก่ ระยะเวลาในการจ้างงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และรายได้
เครื่องมือประเมิน	- <i>service logs และ employment records</i> ที่มีลักษณะเหมือนกัน (สร้างโดย EIDP)
ผลลัพธ์	ใช้ประเมินจำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่ใช้ในการช่วยหางาน และความช่วยเหลือในการหางานที่ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า และประเมินข้อมูลการทำงานทั้งหมดอย่างน้อย 5 วัน ตามเกณฑ์ของ The U.S. Department of Labors definition of competitive employment ซึ่งหมายถึงงานหลักที่มีการจ่ายค่าตอบแทนตามอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : Assertive Community Treatment Model (ACT) ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทางด้านการงานและอาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดหางาน ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา กิจกรรมการดูแล : ให้บริการในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และการบำบัดรักษาผู้ไข้ยาเสพติด 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ - ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3. ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (support) - ช่วยเหลือในเรื่องของกิจกรรมหรือการจ้างงานที่เหมาะสม

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : Clubhouse models ทีมผู้ดูแล : อาสาสมัครแกนนำ เจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญทางด้านงานและอาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดหางาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และผลประโยชน์เรื่องงานจากการเข้ารับการบำบัดรักษา 2. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) - จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3. ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (support) เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual support) ในเรื่อง - การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self determination) - ช่วยสนับสนุนด้านการศึกษา (supported education) - ช่วยให้ทำงานรายวัน - การช่วยจัดหางาน (supported employment) - ช่วยเรื่องการเปลี่ยนงาน
ผลการศึกษาวิจัย	- กลุ่ม ACT มี service engagement และ 24-month retention ที่ดีกว่ากลุ่ม Clubhouse อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (service engagement 98% vs 74% และ 24-month retention 79% , mean =650 ± 180 days vs 58%, mean =569 ± 288 days)

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	- ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ time to first job ระหว่างสองกลุ่ม โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษาทั้งหมดเริ่มงานภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (median for ACT =6.67 months vs Clubhouse =4.23 month) - พบว่ากลุ่ม Clubhouse (n=27) มีค่าของระยะเวลาในการจ้างงาน, จำนวนชั่วโมงในการทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Calendar day employed 264±214 days for clubhouse vs 173±164 days for ACT; Total hours worked 754±717 hours for clubhouse vs 592±695 days for ACT; earnings \$6202 ±5894 for clubhouse vs \$3948 ±4888 for ACT) - ข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มศึกษาที่สามารถทำนายอัตราการทำงานในระดับสูงได้แก่ career planning, networking, job hunting, job development และ transportation to interviews (Wald =5.77, hazard ratio=1.16) - การประเมินในประเด็นเงินเดือนเป็นเสมือนสิ่งกระตุ้นในการประสบความสำเร็จในงาน พบว่าการที่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของระยะเวลาในการจ้างงาน, จำนวนชั่วโมงในการทำงานและรายได้สูงกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นผลมาจากค่าตอบแทน/รายได้ต่องานที่สูงกว่านั่นเอง (\$7.94 vs\$6.45, p<0.01) - เมื่อพิจารณาในส่วนของ transitional employment พบว่าไม่มีความแตกต่างของกลุ่ม Clubhouse และกลุ่ม %ACT ในเรื่องของ time to first job แต่กลุ่ม Clubhouse มีค่าของ day employed และ earnings มากกว่ากลุ่ม ACT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	- พบว่ากลุ่ม ACT มี service engagement ต่างจากกลุ่ม Clubhouse อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ time to attribution และ first job - จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้ ACT จะมีประสิทธิภาพดีในกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง physical health problem หรือ severe substance use disorders ในขณะที่การใช้การดูแลแบบ Clubhouse จะให้ผลที่ดีในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น
การนำไปใช้	- การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาชีพโดยการนำการดูแลแบบ ACT และแบบ Clubhouse มาใช้ร่วมกันส่งผลให้เกิด employment outcomes ที่มีประสิทธิภาพเหมือนกับ supported employment teams อื่นๆ - รูปแบบการดูแลในลักษณะ clubhouse model ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชชุมชนนั้นสามารถช่วยในเรื่องของ supported employment ได้เป็นอย่างดี - ส่วนการใช้การดูแลแบบ ACT นั้นช่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของการประยุกต์ใช้ supported employment ร่วมกับการดูแลทางด้านคลินิก

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 13	Randomized Trial of Supported Employment Integrated With Assertive Community Treatment for Rural Adults With Severe Mental Illness
ผู้แต่ง	Gold, Meisler, Santos, Carnemolla, Williams & Keleher
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Schizophrenia Bulletin/2006

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Randomized clinical trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	A rural South Carolina country
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1. เกณฑ์จาก The federal Center for Mental Health Services for severe and persisted mental illness โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระดับของความทุพพลภาพ 2. เกณฑ์จาก EIDP-specific criteria - อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป - อยู่ในสถานะภาพว่างงานในช่วงเริ่มต้นของการเข้าร่วมโครงการนี้ - มีความสนใจในเรื่องของงานที่ต้องมีการแข่งขันทั้งในระยะเวลาปัจจุบันและในอนาคต 3. เกณฑ์จาก South Carolina site study ได้แก่ต้องเป็นคนที่อยู่ใน/ติดต่อกับ โครงการ “SWCMHC” (Santee-Wateree Community Mental Health Center) อย่างน้อย 6 เดือน มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จำนวน 177 คนในช่วงแรกจะมีการแบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม ได้แก่

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	1. กลุ่ม SEP (Supported Employment Program) จำนวน 77 คน 2. กลุ่ม IPS (Individual Placement and Support) จำนวน 34 คน ในกลุ่มนี้หลังจากได้รับ intervention ครบ 4 เดือนแล้วจะกลับเข้าสู่การดูแลของ CMHC service 3. กลุ่ม PACT-IVR (Assertive community Treatment with Integrated vocational Rehabilitation) จำนวน 66 คน - ต่อมา มีการรวมทีมของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานจากกลุ่ม 2 และ 3 รวมกันเป็นกลุ่มเดียว ได้แก่ กลุ่ม ACT-IPS (Assertive community Treatment-Individual Placement and Support Program) จำนวน 66 คน
ผลลัพธ์	- การจ้างงาน (Employment) - การใช้บริการ (Service use) - อาการทางคลินิก - คุณภาพชีวิต
เครื่องมือประเมิน	1. <i>Employment outcomes :</i>
ผลลัพธ์	- ประเมินเรื่องเกี่ยวกับงานในแต่ละด้าน เช่น หน้าที่รับผิดชอบบุคคลที่เป็นคนติดต่องาน สถานะภาพของงาน ลักษณะความผิดปกติของผู้ร่วมงาน วิธีการในการหางาน ประโยชน์ที่พึงจะได้ และสิ่งตอบแทนที่ได้รับในกรณีที่มีปัญหาจากการทำงาน เป็นต้น - ผู้เชี่ยวชาญจะเสนอข้อมูลในทุกสัปดาห์ของผู้ป่วยแต่ละคนเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงาน รายได้ที่ได้รับ และเหตุผลที่หยุดการทำงานลง - มีการจัดลักษณะงานว่าเป็น “competitive job” โดยพิจารณาจากการที่นายจ้างให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าอัตราค่าตอบแทนกำหนดขั้นต่ำจากเกณฑ์ของกรมแรงงาน เป็นงานที่ไม่ได้จัดขึ้นสำหรับคนพิการ/คนที่มี

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	ปัญหาสุขภาพ นายจ้างกำหนดงานเป็นแบบ a typical community setting และผู้ป่วยเป็นคนหางานเอง <i>2. Background characteristics and clinical and psychosocial outcomes</i> - ผู้ช่วยวิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตัวต่อตัว โดยใช้ EIDP multi-site protocol และประเมินเรื่องต่างๆ ได้แก่ ลักษณะข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การใช้สารเสพติด ประสบการณ์ในการทำงาน แหล่งของรายได้ ผลประโยชน์ที่พึงได้จากรัฐ และข้อมูลอื่นๆ ที่ช่วงเวลา baseline และเดือนที่ 6, 12, 18 และ 24 - ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินเรื่องอาการทางกายโดยใช้ The 30-item Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) - ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินเรื่องคุณภาพชีวิตโดยใช้ The Quality of Life Interview (QOLI) ควบคู่กับ PANSS <i>3. Service use</i> - The multi-site EIDP data collection protocol กำหนด 10 บริการเรื่องงานและอาชีพ และ 7 บริการด้านสุขภาพจิต - ACT-IPS and SEP providers จะดำเนินการในส่วนของการรับบริการ, ชนิดของบริการ, ความต้องการ, ความถี่, สถานที่ให้บริการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด - ในส่วนของ Support Employment Program (SEP) จะมีการรวมของบริการเรื่องงานและอาชีพ และบริการด้านสุขภาพจิตไว้ด้วยกัน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์ (ต่อ)	4. แบบประเมิน psychiatric symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality of life (QOLI scale scores) ใช้ประเมินอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : Support Employment Program (SEP) ทีมผู้ดูแล : ประกอบด้วย 2 ทีม ได้แก่ 1. SWCMHC (Santee-Wateree Community Mental Health Center) จัดสัดส่วนการดูแลเจ้าหน้าที่ : ผู้ป่วย คือ ไม่เกิน 1:30 2. GC (The Genesis Center; a local independent nonprofit vocational rehabilitation agency specializing in the employment of adults with SMI) ผู้นิเทศงาน ผู้เชี่ยวชาญในการจัดหางานที่ทำงานประจำ จำนวน 10 คน มีการประชุมร่วมกันประมาณ 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละคน และจะมีการประชุมร่วมกับ supervision อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่ในทีมจะต้องร่วมกันวางแผนในการทำงาน สร้างรูปแบบการประเมินความสำเร็จของงาน และเตรียมเจ้าหน้าที่ที่จะดูแลผู้ป่วยในสัดส่วน 1:10 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา กิจกรรมการดูแล : ได้รับการดูแลจาก 2 ทีม ได้แก่ 1. SWCMHC - ให้การดูแลด้านสุขภาพจิต - ประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ(ต่อ)	2. GC - ดูแลดำเนินงานและอาชีพ - สนับสนุนการตัดสินใจเข้าทำงาน กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : ACT-IPS Program ทีมผู้ดูแล : ประกอบด้วย 2 ทีม ได้แก่ 1. ACT sub-team ประกอบด้วย จิตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี, พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 2. IPS sub-team ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท, ผู้เชี่ยวชาญด้านการจ้างงานที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี: พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี กิจกรรมการดูแล : ได้รับการดูแลจาก 2 ทีม ได้แก่ 1. ACT sub-team - ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psychoeducation) กับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา และการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด - ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. IPS sub-team - ให้การดูแลโดยไม่จำกัดในการให้การดูแล/ให้คำแนะนำผู้ป่วยทั้งในช่วงก่อนทำงาน/ขณะทำงานและหลังจากได้งานทำแล้ว

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	ทั้งสองทีมจะมีการประชุมร่วมกันทุกวันเพื่อวางแผนในการรักษาที่เน้นในเรื่องของการจ้างงาน การเลือกการบริการที่เหมาะสมเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และติดตามรายงานการบันทึกการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน
ผลการศึกษาวิจัย	1) <i>Characteristics of participants at baseline and attrition patterns :</i> - ในช่วง 6 เดือนแรกทั้งสองกลุ่มมีการรับบริการในส่วนของการจ้างงานและอาชีพไม่แตกต่างกัน แต่ในช่วง follow-up มีสัดส่วนแตกต่างกันเล็กน้อย โดยในช่วง 12 เดือนกลุ่ม ACT-IPS เท่ากับ 82% ส่วนกลุ่ม SEP เท่ากับ 56% ในขณะที่ในช่วง 24 เดือนกลุ่ม ACT-IPS เท่ากับ 67% ส่วนกลุ่ม SEP เท่ากับ 26% เมื่อเปรียบเทียบในช่วงจบการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีสัดส่วนความต่อเนื่องในโครงการสูงกว่ากลุ่ม SEP เล็กน้อย 2) <i>Program service profiles and service integration :</i> 2.1 บริการเรื่องงานและอาชีพ บริการด้านสุขภาพจิต - ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนมากกว่าครึ่งมีการรับบริการจากบริการด้านงานและอาชีพ 9 รูปแบบจากทั้งหมด 10 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP มีการรับบริการจากบริการด้านงานและอาชีพเพียง 2 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของการไปขอรับบริการเรื่องงานและอาชีพสูงกว่ากลุ่ม SEP

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	- ผู้ป่วยจากกลุ่ม ACT-IPS จำนวนสองในสามมีการรับบริการจากบริการด้านสุขภาพจิตใน 4 รูปแบบจากทั้งหมด 7 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่ม SEP จำนวนมากกว่าสองในสามจะมีการรับบริการจากบริการด้านสุขภาพจิต 3 รูปแบบ เมื่อพิจารณาในภาพรวมทั้งหมดของการศึกษาพบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของการขอรับบริการด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่ม SEP - เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการให้บริการทั้งสองแบบ พบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีค่ามัธยฐานของการขอรับบริการเรื่องงานและอาชีพสูงกว่ากลุ่ม SEP - ในการศึกษาไม่มีการปน/ผสมกันในเรื่องการรับบริการระหว่างทั้งสองกลุ่มศึกษานั้นคือกลุ่ม SEP ที่ไม่มีบุคคลใดที่มารับบริการจาก ACT-IPS program เช่นเดียวกับกลุ่ม ACT-IPS ที่ไม่มีบุคคลใดที่มารับบริการจาก SEP program 2.2 Integration of vocational with mental health service - ผู้เชี่ยวชาญของ IPS employment จะทำงานประสานกันในเรื่องการประเมินเรื่องงาน การวางแผน การให้คำปรึกษาและการพัฒนางานร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางจิตที่จะมีผลต่อความสำเร็จของงาน นอกจากนี้ ACT-IPS โปรแกรมจะมีการปรับการบริการต่างๆให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการพัฒนาแรงจูงใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการทำงานและการสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะหางานใหม่

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย(ต่อ)	- ผู้เชี่ยวชาญของ GC employment จะทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเรื่องการแข่งขันงาน โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและมุ่งเน้นในเรื่องการวางแผนเกี่ยวกับงานและการพัฒนาทักษะในการทำงาน นอกจากนี้ SEP case manager จะเป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยทั้งในแบบบริการสุขภาพจิต และการให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในขณะที่ทีมแพทย์ของ SEP จะประเมินเรื่องสภาพจิตใจและให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษา 3) Job outcomes : End point analyses 3.1 Employment rates and income earned ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ผลลัพธ์ได้งานทั้งแบบการแข่งขันงานและงานทั่วไป (all jobs) ด้วยสองเหตุผลคือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เชื่อมั่นว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงและมีประวัติการทำงานที่ค่อนข้างจำกัดนั้น ถ้าได้ทำงานที่เป็นงานแบบการแข่งขันงาน จะเป็นการช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวของพวกเขาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้เรื่องของความพอเพียงทางด้านเศรษฐกิจยังขึ้นอยู่กับรายได้ด้วย - ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามี 87% ที่ได้งานแบบการแข่งขันงาน ในขณะที่กลุ่ม SEP นั้นพบว่ามี 39% ที่ได้งานแบบการแข่งขันงาน แต่ถ้าคิดจากจำนวนของทั้ง 2 กลุ่มพบว่ากลุ่ม ACT-IPS นั้นได้งานแบบการแข่งขันงาน สูงกว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่พบความแตกต่างในส่วนองงานแบบ all jobs - ในกลุ่ม ACT-IPS นั้นพบว่ามีรายได้จากการแข่งขันงาน มากกว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่พบความแตกต่างของรายได้จากงานแบบงานทั่วไป (all job)

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	3.2 Weeks and hours worked : - ในเรื่องของการแข่งขันงาน นั้นพบว่ากลุ่ม ACT-IPS และ กลุ่ม SEP ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของระยะเวลาการได้งาน, , จำนวน ชั่วโมงในการทำงาน แต่ในเรื่องของการเริ่มต้นทำงาน นั้นกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานเร็วกว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ส่วนในเรื่องของงานทั่วไปกลับพบผลในลักษณะตรงกันข้ามคือกลุ่ม ACT-IPS จะมีระยะเวลาการได้งานช้ากว่ากลุ่ม SEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.005 3.3 Job features : - เมื่อเปรียบเทียบในส่วนของผู้เชี่ยวชาญของ IPS กับของ GC พบว่าผู้เชี่ยวชาญของ IPS สามารถดำเนินการร่วมกับผู้จ้างงานในชุมชน ในการจัดหางานแบบการแข่งขันงาน ได้มากกว่ากลุ่มของ GC ในช่วยในการหางานที่เปิดรับสมัครอยู่ - เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ป่วยเองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการจัดหางานด้วยตัวเอง และในรูปแบบของการหางาน 3.4 Job termination: - การหยุดงานหรือออกจากงานแบบการแข่งขันงาน ในทั้งสองกลุ่มศึกษา (กลุ่ม ACT และกลุ่ม SEP) เบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับประเด็นต่างๆ เช่น อาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อการทำงาน ความกดดันจากงานที่ทำอยู่ ไม่พึงพอใจในภาระงานที่ทำอยู่ ไม่สามารถดำเนินการในงานที่รับผิดชอบ และไม่สามารถอยู่ในตำแหน่งเดิมที่ทำงานอยู่

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	4. Job outcomes: time trends of income earned from competitive jobs 4.1 Descriptive statistics - เมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมในงานแบบการแข่งขันงานของกลุ่ม ACT-IPS พบว่ามีประมาณ 33-38% ใน 4 ช่วงเวลาที่ทำการศึกษ ส่วนในกลุ่ม SEP พบประมาณน้อยกว่า 10% ในระยะ 3 ช่วงเวลาแรกและเพิ่มขึ้นเป็น 20% ในช่วง 4 เดือนสุดท้ายซึ่งบ่งชี้ถึงการทำงานของทีม GC ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกัน - กลุ่ม ACT-IPS ได้รับค่าตอบแทน/ช่วงเวลาที่ศึกษาสูงกว่ากลุ่ม SEP โดยในช่วงเวลาที่ 2 แตกต่างกันเล็กน้อย แต่จะต่างกันค่อนข้างมากในช่วง 4 เดือนสุดท้าย 4.2 Primary regression models (Table 4) โดยพิจารณาผลที่เกิดขึ้นในเรื่องของความเป็นไปได้เรื่องงานและรายได้ต่อช่วงเวลาที่ทำการศึกษา จากตัวแปร 3 ตัวคือชนิดของโปรแกรม ระยะเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมกับเวลา ซึ่งพบว่า Model 1. Unconditional means model ซึ่งพิจารณากลุ่มศึกษาทั้งหมดพบว่าปัจจัยเรื่องชนิดของโปรแกรม ช่วงเวลาที่ศึกษาและทั้งหมดพบว่าปัจจัยเรื่องชนิดของโปรแกรม ช่วงเวลาที่ศึกษาและรายได้ Model 2. Unconditional growth model ซึ่งพิจารณากลุ่มศึกษาทั้งหมดพบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในเรื่องของความเป็นเรื่องงานเมื่อระยะเวลาของการศึกษาเพิ่มขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเรื่อง

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	ของรายได้เมื่อระยะเวลาของการศึกษาเพิ่มขึ้น Model 3. Full program-time model พบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีแนวโน้มที่จะได้งานเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่ความแตกต่างในเรื่องนี้ในสองกลุ่ม (กลุ่ม ACT-IPS และกลุ่มSEP) ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้พบว่ากลุ่ม ACT-IPS มีรายได้มากกว่ากลุ่ม SEP แต่เมื่อเวลาผ่านไปไม่พบความแตกต่างในเรื่องนี้ในสองกลุ่ม (กลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP) 4.3 Secondary regression models - สำหรับบริการด้านงานและอาชีพที่เข้ามาให้บริการนั้นกลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP บันทึกการติดต่อสูงสุดในช่วงระยะเวลาที่ 1 และน้อยที่สุดในช่วง เวลาสุดท้ายของการศึกษา - สำหรับ บริการด้านสุขภาพจิตที่เข้ามาให้บริการนั้นกลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP บันทึกการติดต่อสูงสุดในช่วงระยะเวลาที่ 1 และน้อยที่สุดในช่วงเวลาสุดท้ายของการศึกษา - คุณสมบัติของผู้ป่วยที่มีผลต่อการลดลงของความเป็นไปได้เรื่องงาน ได้แก่ เชื้อชาติ (African American), โรคที่ได้รับการวินิจฉัย (schizophrenia), ระยะเวลาในการทำงานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ทำงานเพียง 2-3 เดือน) และผลประโยชน์จากรัฐ - ส่วนปัจจัยด้านคุณสมบัติของผู้ป่วยที่มีผลต่อการลดลงของรายได้ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษ ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย (schizophrenia), ความสำเร็จด้านการศึกษา (ความสำเร็จน้อย) และผลประโยชน์จากรัฐ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย (ต่อ)	5. <i>Secondary symptom and quality of life outcomes</i> - ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในเรื่องของ psychiatric symptoms (PANSS scale scores) และ self-reported quality of life (QOLI scale scores) ในช่วงเวลา baseline กับช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในทั้งสองกลุ่ม (กลุ่ม ACT-IPS และกลุ่ม SEP)
การนำไปใช้	- Competitive work outcomes ที่ได้จากโปรแกรม rural ACT-IPS คล้ายคลึงกับผลที่ได้จากโปรแกรม urban SEP - ขั้นตอนที่สำคัญในเรื่องของ program's service-coordinating functions และ immediate attention จะช่วยในการลดอุปสรรคเพื่อที่จะได้รับการบริการและการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนอย่างเหมาะสม

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 14	The REACT study: randomized evaluation of assertive community treatment in north London
ผู้แต่ง	Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan, Pilling et al.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	BMJ/2006

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Non-blind randomized controlled trial
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	Two inner London boroughs
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยจิตเวช เกณฑ์คัดเข้า : 1. ผู้ป่วยอาศัยอยู่/พึ่งพาผู้อื่น/ครอบครัว หรือได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆก่อนข้างน้อยและอาศัยอยู่ในพื้นที่ 2 แห่ง (Camden and Islington) 2. อยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพจิตชุมชนอย่างน้อย 12 เดือนและได้รับการบ่งชี้ว่ามีความยากลำบากในการรักษาตามมาตรฐานของชุมชน 3. ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง (schizophrenia, schizoaffective disorder, other chronic psychosis, bipolar affective disorder) 4. มีอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลสูง (แบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 100 วันหรืออย่างน้อย 5 ครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา หรือต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 50 วันหรืออย่างน้อย 3 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) 5. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคที่สองว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติด หรือบุคลิกภาพผิดปกติ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)	เกณฑ์คัดออก : - ผู้ป่วยที่มีปัญหา organic brain damage - ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 251 คน ได้รับการประเมินที่ระยะเริ่มต้นและแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยวิธีการสุ่ม (block randomization design) 1. กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก assertive community treatment team จำนวน 127 คน 2. กลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก community mental health team จำนวน 124 คน
ผลลัพธ์	- การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะเวลา 18 เดือนหลังจากได้รับการรักษา - การรับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การมีส่วนร่วมกับการให้บริการ
เครื่องมือประเมิน	1. แบบประเมิน The client satisfaction questionnaire (modified to include specific questions about assertive community treatment) ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ 2. แบบประเมิน The adapted form of the homeless engagement acceptance scale ประเมินคุณภาพด้านการเข้ารับบริการ 3. แบบประเมิน The rating of medication influences scale in schizophrenia ใช้ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยา
ผลลัพธ์	

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : Community mental health team ทีมผู้ดูแล : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษัชกร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา กิจกรรมการดูแล : Community mental health team - จำนวนของ total team case load เท่ากับ 300-350 - จำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 35 - เวลาในการทำงานเป็นลักษณะของสำนักงาน (9.00-17.00 น. วันจันทร์-วันศุกร์) - การพบกับผู้ป่วยจะเป็นไปตามกำหนดเวลานัดหมายที่ทำงานของทีมหรือเป็นการเยี่ยมบ้าน - จำหน่ายผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการในการดูแล/ติดต่อกับผู้ป่วยได้ - ทำงานลักษณะส่งต่อข้อมูลร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีมมีน้อย - เวลาในการประชุมทีม : สัปดาห์ละ 1 ครั้ง - เกี่ยวข้องกับคนกลาง (broker) ที่จะเป็นคนให้คำแนะนำในประเด็นต่างๆ กลุ่มทดลอง : ได้รับการดูแลจาก Assertive community treatment team รูปแบบการดูแล : Assertive community treatment team ทีมผู้ดูแล : แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษัชกร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : ไม่ได้ระบุไว้ในการศึกษา

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ - จำนวนของ total team case load เท่ากับ 80-100 - จำนวนของ maximum individual case load เท่ากับ 12 - เวลาในการทำงานเป็นแบบ extended hours (8.00-20.00 น.ทุกวัน) - สถานที่ที่ให้การดูแล/นัดหมายผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องเป็นที่ทำงานของทีม อาจจะเป็นสถานที่อื่นๆ (เช่นบ้าน สวนสาธารณะเป็นต้น) - การทำงานจะเป็นในหลากหลายรูปแบบ มีการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การยืดหยุ่นและมีการเข้าถึงปัญหาโดยใช้วิธีการต่างๆ (befriending, offering practical support and leisure activities) - ความรับผิดชอบต่อการให้การรักษา : หลักการทำงานจะเป็นแบบ ไม่มีการตัด/คัดผู้ป่วยออกจากแผนการรักษา จะพยายามดำเนินการให้ต่อเนื่อง - การทำงานจะเป็นในหลากหลายรูปแบบ มีการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การยืดหยุ่นและมีการเข้าถึงปัญหาโดยใช้วิธีการต่างๆ (befriending, offering practical support and leisure activities) - ความรับผิดชอบต่อการให้การรักษา : หลักการทำงานจะเป็นแบบ ไม่มีการตัด/คัดผู้ป่วยออกจากแผนการรักษา จะพยายามดำเนินการให้ต่อเนื่อง - การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบการ team approach สมาชิกในทีม (ทีมสหวิชาชีพ) จะมีการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย - เวลาในการประชุมทีม : ก่อนข้างบ่าย อาจจะเป็นเกือบทุกวันเพื่อจะอภิปรายกันถึงผู้ป่วยและการวางแผนการทำงานในแต่ละวัน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	- ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย : จะเกี่ยวข้องกับสมาชิกในทีมซึ่งเป็นสหวิชาชีพจะเป็นคนให้คำแนะนำในประเด็นต่างๆ
ผลการศึกษาวิจัย	1. การรับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันทั้งหมดที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกลุ่ม assertive community treatment teams สูง กว่ากลุ่ม community mental health team 2. จำนวนวันที่ต้องรับการรักษาในแต่ละครั้งที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่ม assertive community treatment teams เท่ากับ 65 วัน ในกลุ่ม community mental health team เท่ากับ 52 วัน 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่ม assertive community treatment teams สูงกว่ากลุ่ม community mental health team 4. คุณภาพการเข้ารับบริการ พบว่ากลุ่ม assertive community treatment teams สูงกว่ากลุ่ม community mental health team 5. คุณภาพด้านการเข้ารับบริการ พบว่ากลุ่ม community mental health team การขาดการรักษา สูงกว่ากลุ่ม assertive community treatment teams team 6. การมีส่วนร่วมกับการให้บริการ พบว่าการให้การดูแลแบบ assertive - เจ้าหน้าที่จากทีม community mental health team มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรงได้ดีเท่ากับเจ้าหน้าที่จาก assertive community treatment teams แต่การให้การดูแลแบบ assertive community treatment อาจจะให้ผลที่ดีกว่าในเรื่องของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง ความพึงพอใจที่มากกว่าด้วย
การนำไปใช้	

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 15 Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management : Does It
Improve Outcome?

ผู้แต่ง Rivera, Sullivan & Valenti

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychiatric Service/2007

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	Randomized trial
ระดับงานวิจัย	A
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	Inpatient units at a city hospital, New York
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยจิตเภท เกณฑ์คัดเข้า : 1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นpsychiatric disorder หรือ mood disorder 3. มีการเข้ารับกษาตัวในโรงพยาบาลด้วยเรื่องปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยในช่วงระยะเวลากรกฎาคม 1997-ธันวาคม 2000 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 255 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มที่จะได้รับ treatment ต่างกัน 1. กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care จำนวน 70 คน อายุเฉลี่ย 40.4 ปี เป็นเพศชาย 50% 2. กลุ่มที่ได้รับ Standard care จำนวน 66 คน อายุเฉลี่ย 36.7 ปี เป็นเพศชาย 53% 3. กลุ่มที่ได้รับ Clinical-based care จำนวน 67 คน อายุเฉลี่ย 37.5 ปี เป็นเพศชาย 49%

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลลัพธ์	- การรับบริการ - เครือข่ายทางสังคม - ผลลัพธ์ : ความพึงพอใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต อาการทางคลินิก
เครื่องมือประเมิน	1. แบบการสัมภาษณ์และบันทึกการรักษาจากโรงพยาบาล ใช้ประเมิน
ผลลัพธ์	การรับบริการ ประกอบด้วย - แบบบันทึกการรับบริการในโรงพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนชั่วโมงที่รับบริการการบำบัดรายบุคคลและกลุ่ม และจำนวนชั่วโมงที่ทำกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง - แบบบันทึกการรับบริการด้วยตนเอง เช่น รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก รับบริการคลินิกเคลื่อนที่ในภาวะวิกฤต จำนวนวันที่รับการรักษา 2. แบบประเมิน <i>The Pattison Network Inventory</i> ในประเมินประเด็นต่างๆ ได้แก่ ขนาดของเครือข่าย, จำนวนของผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง, ระดับของความสัมพันธ์, ความยืดหยุ่นของเครือข่ายทางสังคม 3. แบบประเมิน <i>The Behavioral Health Care Rating of Satisfaction</i> ใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ 4. แบบประเมิน <i>The Lehman Quality of Life Inventory</i> ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม : รูปแบบการดูแล : Intensive Case Management Model ทีมผู้ดูแล : จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เกษัชร ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 2 คน ซึ่งได้รับ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	การฝึกอบรมและมีการทดสอบสมรรถนะก่อนมาดูแลผู้ป่วยจริงและสอบผ่านได้รับ licensed clinical social workers กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ - ให้การดูแลแบบ Strengths Model ดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลโดยใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน - Caseload เท่ากับ 20 คน - Strengths-based providers จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยตัวเอง สร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้ป่วย และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ cognitive-behavioral therapy on a social skill model - ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลอง : 1. Peer-assisted care - การดูแลจะคล้ายกับ strengths model ยกเว้นเรื่อง consumer enhancement - Consumer peer provider ที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะและคุณสมบัติที่เข้ากับผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นอย่างดี ต้องไม่มีประวัติใช้ยาเสพติดหรือติดแอลกอฮอล์และอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 3-8 ปี และถูกคัดกรองมาจากบริการเรื่องงานและอาชีพ and peer advocacy programs - Peers จะสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องกิจกรรมในสังคมและสร้างเครือข่ายทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และจะมีหน้าที่ในการวางแผนกิจกรรมในแต่ละวันทั้งในรูปแบบกิจกรรมที่บ้านหรือกิจกรรมชุมชน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การจัดกระทำ (ต่อ)	- นอกจากนี้ Peer จะได้รับการอบรมในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง 2. Clinic-based care : ให้การดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางจิตเวชและนักสังคมสงเคราะห์ - การรักษาเป็นแบบ strengths-based treatment เหมือนกับการดูแลอีก 2 แบบ แต่การให้บริการจำกัดแค่ในเวลาทำการ
ผลการศึกษาวิจัย	1. การรับบริการ พบว่า - กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care มีจำนวนชั่วโมงที่มีการทำกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครเพิ่มขึ้นในช่วง 7-12 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลา 0-6 เดือนแรก ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในส่วนของตัวเองแปรด้านอื่นๆในเรื่องของการรับบริการ เมื่อพิจารณาทั้ง 3 กลุ่มที่ช่วงเวลาเริ่มต้นกับช่วงติดตาม - กลุ่มที่ได้รับ Clinic-based care มีจำนวนชั่วโมงในเรื่องการบำบัดรายบุคคลมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 - กลุ่มที่ได้รับ strengths model มีจำนวนชั่วโมงการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งสามกลุ่มมีการลดลงของการดูแลแบบกลุ่มบำบัดและการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาเริ่มต้นกับช่วงติดตาม - การวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบจากช่วง 6 เดือนแรกก่อนได้รับการบำบัดรักษา กับช่วง 12 เดือนหลังได้รับการบำบัดรักษา พบว่ามี

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย	พบว่ามีการลดลงถึง 46% ในช่วงตลอด 18 เดือน 2. <i>เครือข่ายทางสังคม</i> พบว่า กลุ่มที่ได้รับ Peer-assisted care มีการเพิ่มขึ้นของคนที่เข้ามาหาจากช่วงเริ่มต้นถึงช่วง 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3. <i>Outcome measures</i> : พบว่าการให้การจัดการกระทำทั้ง 3 แบบไม่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต อาการทางคลินิก
การนำไปใช้	ในการให้บริการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตนั้น ตัวผู้ป่วยเองก็มีความสำคัญแต่จากการศึกษานี้การเพิ่มการดูแลในส่วน consumer – providers ไม่มีผลต่อ case management outcomes ที่ชัดเจน

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

เรื่องที่ 16	Case management for individuals with a Sever Mental Illness : A 6-Year Follow-Up Study
ผู้แต่ง	Bjorkman & Hansson
แหล่งตีพิมพ์/ปี	International Journal of Social Psychiatry/2007
หัวข้อ	รายละเอียด
แบบการวิจัย	การศึกษาใช้การออกแบบอนุกรมเวลา (time series design)
ระดับงานวิจัย	B
สถานที่หรือแหล่งวิจัย	ชุมชนในประเทศสวีเดน
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วย 60% ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia และอีก 20% ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช - มีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาซับซ้อน เช่น ญาติทอดทิ้งไม่ดูแล หรือมีปัญหาเกี่ยวกับสังคมหรือชุมชน กลุ่มตัวอย่างเดิมประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 176 ราย มี 14 รายเสียชีวิตด้วยสาเหตุตามธรรมชาติในช่วงติดตามผล 6 ปี 16 รายไม่สามารถติดตามได้ต่อ และ 21 รายถูกตัดสินว่าป่วยเกินกว่าที่จะเข้าร่วมการศึกษา 33 รายปฏิเสธที่จะเข้าร่วมจนถึงขั้นสุดท้าย เหลือผู้เข้าร่วม 92 ราย
ผลลัพธ์	- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - เครือข่ายทางสังคม - อาการทางจิต - ความพึงพอใจต่อบริการ

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์	1. แบบประเมิน Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) (Oliver et al., 1997) LQOLP ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ที่ระยะ 18 เดือน หลังให้โปรแกรม 2. แบบสัมภาษณ์ Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980; Unden & Orth-Gomer, 1989) ใช้ประเมินเครือข่ายทางสังคม เป็นการวัดด้านสังคมบูรณาการมีการ 3. แบบประเมิน The Hopkins Symptom Check List-90 (SCL-90) (Derogatis & Fasth, 1977) SCL-90 ใช้ประเมินอาการทางจิต
การจัดกระทำ	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : รูปแบบการดูแล : Intensive Case Management Model ทีมผู้ดูแล : ผู้ให้บริการทางจิต 1 และองค์กรอิสระอีก 4 รวมเป็น 5 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี : พยาบาลจิตเวช กิจกรรมการดูแล : มีรายละเอียดดังนี้ 1. การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเริ่มในปี 1995 ทีมประกอบด้วย ผู้ให้บริการทางจิต 1 และองค์กรอิสระอีก 4 รวมเป็น 5 ให้การบริการตาม เวลาราชการในช่วงวันทำการ มีการบริการที่เข้มข้นเพื่อสร้างความ เชื่อมั่นกับผู้รับบริการและญาติ 2. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะได้รับการฝึกการจัดการในสถานการณ์ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน และให้การสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วย
รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษาวิจัย	1. <i>คุณภาพชีวิต</i> ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในห้องชุดเพียงคนเดียว ไม่ได้ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่โดยได้รับเงินช่วยเหลือผู้พิการ เมื่อติดตามในเดือนที่ 6 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยได้รับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 28 คน และเมื่อติดตามในปีที่ 6 หลังได้รับโปรแกรม พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการจัดสรรที่อยู่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 11 คน เป็น 17 คน และได้ทำงานที่ตนพึงพอใจจำนวน 45 คน 2. <i>เครือข่ายทางสังคม</i> พบว่ามีการพบปะเพื่อนจาก 36 คน เพิ่มขึ้น 75 คน และมีการพบปะกับเพื่อนมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 3. <i>อาการทางจิต</i> พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรายข้อของแบบวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนายังเห็นได้ชัดในปีที่ 6 ของการตรวจเยี่ยม และเมื่อใช้อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. <i>ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ</i> พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับสูง
การนำไปใช้	เมื่อมีการติดตามผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะยาว พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ในด้านคุณภาพชีวิต ด้านเครือข่ายทางสังคม ด้านอาการทางจิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ จึงควรพิจารณานำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวพรรณ วงศ์เสาร์
วัน เดือน ปี เกิด 21 สิงหาคม 2513
สถานที่เกิด จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์, พ.ศ. 2542
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2553
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี
โทรศัพท์: 081-5551029
E-mail: wongsao@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน 35/85 หมู่บ้านกัสสร 12 หมู่ 2 ตำบลคลองสาม
อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
โทรศัพท์: 081-5551029