

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล



นาวาตรีหญิง อรวรรณ หนองต้อ

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

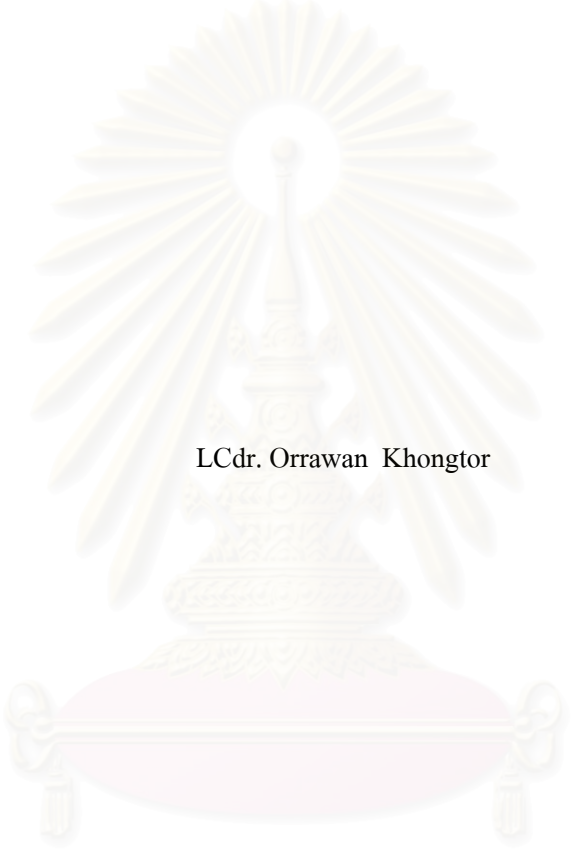
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY AND BURDEN OF CAREGIVERS



LCdr. Orrawan Khongtor

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแล
ของผู้ดูแล

โดย

นาวาตรีหญิง อรวรรณ ฆ้องค้อ


สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรวรรณ ฉ่องค้อ: ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล. (EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY AND BURDEN OF CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษา: รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 215 หน้า.

การวิจัยทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล กลุ่มละ 40 คน ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางบัวทอง จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการสุ่มและจับคู่ (matched pair) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วย แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาระการดูแล ค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบวัดภาระการดูแล มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....*อรุณ ฉ่องค้อ*.....*อรุณ ฉ่องค้อ*
ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*จินตนา ยูนิพันธุ์*

##4777623536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORD : CASE MANAGEMENT / MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS / BURDEN / SCHIZOPHRENIC PATIENTS / CAREGIVERS

ORRAWAN KHONGTOR : EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON MEDICATION ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY AND BURDEN OF CAREGIVERS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 215 pp.

The purposes of this quasi-experimental study were : 1) to compare the medication adherence behaviors of schizophrenic patients and burden of caregivers before and after receiving case management, and 2) to compare the medication adherence behaviors of schizophrenic patients and burden of caregivers who received case management, and those who received conventional nursing care. Research sample consisted of 40 schizophrenic patients, who received health service from Bangbuathong hospital, and 40 caregivers. Subjects were randomly assigned to the experimental group and the control group by matched pair technique. The experimental group received case management, whereas the control group received conventional nursing care. Research instruments were case management manual, clinical pathway, medication adherence behaviors scale, and caregiver burden scale. The reliability of the last two scales, using Chronbach's Alpha coefficient were .92 and .90, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Mean of medication adherence behaviors scores of schizophrenic patients who received case management after the experiment was significantly higher than that before the experiment, at .01 level.
2. Mean of medication adherence behaviors scores of schizophrenic patients who received case management was significantly higher than that of the group receiving conventional nursing care, at .01 level.
3. Mean of burden scores of caregivers who received case management after the experiment was significantly lower than that before the experiment, at .01 level.
4. Mean of burden scores of caregivers who received case management was significantly lower than that of the group receiving conventional nursing care, at .01 level.

Field of Study :.....Mental Health and Psychiatric Nursing.....Student's Signature: *Orrawan Khongtor*

Academic Year:.....2007.....Advisor's Signature: *Jintana Yunibhand*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือของ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ให้ความเมตตา และให้กำลังใจผู้วิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตาของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะและแนวทางในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย รวมทั้งคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านของโรงพยาบาลบางบัวทอง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ เจ้าหน้าที่และบุคลากรของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าเรือ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลทุกท่าน ที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิติปรัชญาโทที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีต่อผู้วิจัย ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาแก่นิสิตมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณกรมแพทยทหารเรือ ที่ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองด้านการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่เจียมจิตร พันโทไข ที่ให้ชีวิตและปัญญาเพื่อศึกษา ขอขอบคุณพี่และน้อง ๆ ในครอบครัว ฆ้องต้อ และคุณนารี โรจนกิจจา ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และคอยให้การดูแลผู้วิจัยเสมอมา จนกระทั่งผู้วิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ใด ๆ ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นพลังอันยิ่งใหญ่แก่ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุก ๆ ท่าน ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจ ที่แข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	10
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	15
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	22
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	29
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.....	52
ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	64
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	75
การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล.....	95
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	98
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	108
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	109
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
การดำเนินการทดลอง.....	121
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	131
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	132
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	132

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	134
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	155
รายการอ้างอิง.....	178
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	189
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	191
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	193
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	208
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ผู้ป่วยจิตเภท).....	211
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ผู้ดูแล).....	212
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	213
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	215

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณี.....	128
2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และผลกระทบที่ได้รับจากยารักษาอาการทางจิต.....	135
3 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม ตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	139
4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	142
5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง.....	143
6 จำนวน และร้อยละของภาวะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	144
7 จำนวน และร้อยละของภาวะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง.....	145
8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	146
9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง.....	148
10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1.....	150
11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี.....	152
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง.....	153
13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม).....	154

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช เพราะเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง พบได้ในทุกเชื้อชาติในอัตราใกล้เคียงกัน เพศหญิงและเพศชายพบว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทได้เท่าๆกัน ความชุกของโรคในประชากรทั่วไปร้อยละ 1 และในสหรัฐอเมริกามีความชุกประมาณร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากร (Kaplan & Sadock, 1995) อุบัติการณ์การเกิด 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ประชากร (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และเมื่อศึกษารายงานสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546-2548 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 21.48, 26.85 และ 39.37 (www.dmh.moph.go.th/main.asp.2008) และจากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิตในปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศถึง 100,142 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20,197 คน และมีผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกทั่วประเทศถึง 57,897 คน (www.dmh.moph.go.th/main.asp. 2008) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และมีการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี จึงนับได้ว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรัง ยากแก่การเข้าใจและรักษา (สมภพ เรืองตระกูล และ คณะ, 2542) มีเพียงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาได้ผลดี ไม่ป่วยซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยครั้งหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ถือว่าเป็นโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (บุญวาทิ เพชรรัตน์, 2547)

โรคจิตเภททำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการพยากรณ์โรคไม่ดี หากเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า (จินดารัตน์ พิมพิ์ดี, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ และส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกอื่นในครอบครัวและกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว

ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จะเห็นได้ว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวถือว่าเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลาที่ต่อเนื่องและยาวนาน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ผลกระทบต่อสังคมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือคิดสารเสพติด (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542) และผลกระทบต่อประเทศชาติพบว่า รัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541) จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 ซึ่งเป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) ถึงแม้ว่าในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทผู้เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญกับการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับการรักษาโรคจิตในปัจจุบันที่พัฒนาไปมากแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาคืบคลานไปได้ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย (ทิพย์ภา เศษฐ์ชาวลิต, 2549)

ในอดีตผู้ป่วยจิตเวชมักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลายาวนาน ผู้ป่วยบางรายอาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Jeon & Madjar, 1998) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการให้บริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทน เน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้น ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น (จันทรา ธีระสมบุญ, 2543) โดยมีเหตุผลว่า “ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีเลิศที่สุดสำหรับผู้ป่วย” (กรมสุขภาพจิต, 2544; Loukissa, 1995) โดยมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้อยู่ในชุมชนได้ โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนแล้ว แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ มักจะถูกสังคมมองว่าไร้ค่า ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ บางรายมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทเกินครึ่งหนึ่งมักจะมีปัญหาในการปรับตัวที่บ้าน เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามแผนการรักษาบกพร่อง ดูแลตนเองไม่ได้ เป็นภาระของผู้ดูแล จากการศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์บกพร่อง ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด (Farragher, 1999) การศึกษาของ ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่

อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่นี้มีผลทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท มีความอดทนต่อความเครียดได้น้อยลง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง และความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่อง (Sullivan et al., 1995) กลับไปใช้สารเสพติด หรือไม่มาพบแพทย์ตามนัด (Chen, 1991) จากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของ จีลี เจริญสรรพ (2538) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยซ้ำ มีสาเหตุเนื่องมาจากไม่ได้รับการดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาสาเหตุการป่วยซ้ำพบว่า เกิดจากหลายปัจจัยประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางด้านร่างกาย ซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์และความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง สาเหตุทางด้านจิตใจ ทางบุคลิกภาพ และสาเหตุทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากตัวผู้ป่วย ญาติและชุมชน แต่สาเหตุของการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่อง (Sadock & Sadock, 2000) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งการรักษาด้วยการรับประทานยาต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานและมีอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (อำพัน หิรัญอุทก, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทระศักดิ์ และคณะ (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยา คือ การมารับการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง การไม่เข้าใจแผนการรักษา (สาธพร พุฒขาว, 2541; ภารดี การเร็ว, 2541) และมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) การศึกษาของ Blackwell (1997) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร้อยละ 50 ไม่ได้ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในปีแรกร้อยละ 50 และลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Rascher et al., 1997 อ้างถึงใน สาธพร พุฒขาว, 2541)

ดังนั้นเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยหยุด เพิ่ม หรือลดขนาดยาเอง (จีลี เจริญสรรพ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2544) ที่ศึกษาผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาทางจิต พบว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเคยหยุดหรือลดขนาดยาเอง ร้อยละ 45.5 เคยมีอาการกำเริบเพราะไม่ได้รับประทานยา ร้อยละ 52 ขาดความรู้ในการรับประทานยา ไม่ทราบวิธีการรับประทานยาและการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่ง Farragher (1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน

5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น หยุดใช้ยา หรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา หรือลดขนาดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นกัน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากตัวญาติและผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ครอบครัวแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนและก้าวก่ายการกระทำของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก มีผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536) ก่อให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่ สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้น ต้องรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านความสัมพันธ์ทางสังคม สมาชิกในครอบครัวพยายามแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากอับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวขาดการสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995) ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติเจ็บป่วยทางจิต (Ip & Mackenzie, 1998) ผู้ดูแลมีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ และรู้สึกเป็นตราบาป (ศรีสุดา วนาลีสิน และคณะ, 2546) ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทไม่ช่วยทำงานบ้าน ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ากับการดูแล อาจมีการเจ็บป่วยทางกายตามมาได้ (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ด้านความเป็นอิสระของบุคคลพบว่าลดลง เนื่องจากผู้ดูแลต้องมีการะหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วย (เพชร อินอิม, 2531) ชีวิตความเป็นส่วนตัวและอิสระลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย สงวนสิน, 2544) และผลกระทบด้านสุดท้ายคือด้านเศรษฐกิจ หลายครอบครัวต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (ประไพศรี บูรณางกูร, 2538) ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นภาระ (Parker, 1993)

การศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541) พบว่า การรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปปรับยาให้ผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลมีภาระการดูแลในระดับสูงจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยซึ่งมีความอดทนและปรับตัวได้น้อยอยู่แล้ว เมื่อขาดผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือก็ย่อมดูแลตนเองได้ไม่ดี อาการกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำ Montgomery et al. (1985) แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล และภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และกระทบต่อเศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท คือ การขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ การแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ร่วมกับความตึงเครียดในชีวิต ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง และการช่วยเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นอีกแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขความเจ็บป่วย (Connelly, 1987) ในปัจจุบันการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เป็นการพยาบาลที่เน้นเฉพาะการบำบัดรักษา จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้อง มีวิธีการได้หลายวิธี เช่น การเยี่ยมบ้าน การสอนสุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพยาบาลที่แยกส่วน และการสอนทักษะต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ ยังทำไม่เป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน และเป็นการทำตามโอกาส ไม่มีความคงที่ สม่ำเสมอ ขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่อการป่วยซ้ำและเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ถ้าจะให้เกิดการพยาบาลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพยาบาลจะต้องจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล มีกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลต่อเนื่องและความต้องการการรักษา (Cramer & Rosenheck, 1998)

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันนั้นยังพบว่า บุคลากรแต่ละวิชาชีพจะมีการปฏิบัติงานในส่วนของตน เนื่องจากมีภาระงานมากมาย ขาดการประสานงานที่ดี ทำให้การทำงานซ้ำซ้อนกันหรือล่าช้า สูญเสียเวลา สิ้นเปลือง และการจัดบริการให้ผู้ป่วยเป็นแบบแยกส่วน ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายในศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลต่อเนื่อง ขาดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และถึงแม้จะมีแผนการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังขาดระบบการจัดการที่ดี ไม่มีผู้ประสานงานที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและระหว่างสหวิชาชีพด้วยกัน รวมถึงการควบคุมการปฏิบัติตามแผนการดูแล จึงทำให้ขาดการประสานงานที่ดีในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547) จะพบว่า โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้จัดทำการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจรขึ้น เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในรูปแบบของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการนำขบวนการ Appreciation influence Control (AIC) ในการสร้างแนวร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ พบว่ายังมีจุดอ่อนในเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และขาดการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพแบบองค์รวม

พิศนา บุญทอง (2543) ได้กล่าวถึง ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยไว้ว่า ควรใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้สามารถให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายและประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภทในเชิงรุกร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ และดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่ง Austin (1993) เสนอแนวคิดที่สอดคล้องกับข้างต้น โดยกล่าวว่า การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง (continuum care) เป็นกระบวนการดูแลที่บุคคลและครอบครัวได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ในทุกสถานที่ ทั้งในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน โดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case

Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานและกำกับดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และทีมสหสาขาวิชาชีพได้ออกแบบการดูแลร่วมกัน ให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งแผนการดูแลนี้เป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว (จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

ในประเทศไทยได้เริ่มมีการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ ผลการวิจัยพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นระบบการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในผลงาน เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เหมาะสม เน้นการประสานงาน เป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (ปราชนีย์ บุญดวงศิริโรจน์ และ คณะ, 2546 ; จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2547; จันทนา ศรีวิศาล และคณะ, 2549 ; นงนุช แต่งสิงห์ตรง และ สุกคณี ปลั่งพงษ์พันธ์, 2549; วราภรณ์ มารักยา, 2548) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลายด้าน ผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่าลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ดูแลมีสุขภาพดี ลดภาระการดูแลในผู้ดูแล (อัญชณี ทรงผาสุข, 2546 ; ศันสนีย์ พูลผล, 2547) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น (อำพัน หิรัญอุทก, 2547; แววดาว วงศ์สุระประกิจ และคณะ, 2549) และผลลัพธ์ด้านการจัดการและการบริหาร พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ดีขึ้น ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางการเงิน จิตสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่ดีขึ้น (Powell, 2000)

การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักๆ 4 ด้านคือ ด้านผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการรักษา และด้านทีมสุขภาพ (Oehl, Hummer & Fleischhacker, 2000) และ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาคือ อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้โดยผ่านกระบวนการสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ และการรักษาด้วยยา ตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศจำนวนมากที่ทำการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผลการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้มากกว่าการดูแลในรูปแบบปกติ (Bush et al., 1990; Ford et al., 1995; Stein & Test, 1980; Sands & Cnaan, 1994; Nathan & Gordon, 1998; Irene et al., 2003) สรุปผลการศึกษากิจการรายกรณีในชุมชนได้ว่า สัมพันธภาพในการบำบัดรักษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ทีมสุขภาพและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

ในด้านภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งขาดการสนับสนุนทางสังคม (ดรณี คชพรหม, 2543; นิสากร แก้วพิลา, 2545) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับการเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแล จะช่วยลดภาระการดูแลได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้หรือข้อมูลจากพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดภาระการดูแลตามแนวทางลดภาระการดูแล (Elloit, 1998) โดยสามารถลดได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา การให้ความรู้ รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย (Thomson et al., 1993) จากการศึกษาของ Aberg et al. (1995) ที่ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบนี้กลับมาพบแพทย์ด้วยอาการรุนแรงน้อยกว่าเริ่มการทดลองและญาติมีการดูแลลดลง ซึ่งภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Braun & Rose (1994) ที่ทำการศึกษากิจการรายกรณีต่อการรับรู้ภาระการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าก่อนเริ่มการทดลอง และภาระการดูแลเชิงปรนัย (subjective) ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา และลดการป่วยซ้ำ ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีที่สุด อีกทั้งหากได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ปรึกษาประคองที่ดี การลดภาระในผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ไม่มองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักจนเกิดการเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพแก่ผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น และเกิดผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ดีแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น จากการที่ผู้ดูแลปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลได้ดี ไม่มองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ และเกิดผลลัพธ์ด้านบุคคลต่อผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลมีความสุขที่ดี เนื่องจากไม่มีภาระการดูแลจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ดูแลผู้ป่วยในลักษณะของสหวิทยาการและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผ่านกระบวนการสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความชำนาญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้ แสดงบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่แสดงถึงความเป็นอิสระและใช้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Dongen & Jambunathan,1992) ตามที่องค์การพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551) ได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงว่าควรมีสมรรถนะ 9 สมรรถนะ คือ 1) มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care Management) 2) มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) 3) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) 4) มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) 5) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) 6) มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) 7) มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) 8) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) และ 9) มีความสามารถในการจัดการและ

ประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีสมรรถนะทั้ง 9 ด้านที่กล่าวมา เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ดูแล ผู้วิจัยคาดว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ จะสามารถส่งผลต่อการพัฒนาให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ยาวนานขึ้น และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลและให้การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นระบบการจัดการที่มุ่งผลลัพธ์ (Outcome Management) เป็นกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพในการดูแลและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการใช้แหล่งบริการสุขภาพที่คุ้มค่า ได้ประสิทธิผล และเป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ในชุมชน มีการประสานเครือข่ายการดูแล และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อผลลัพธ์ในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มุ่งเน้นในการดูแลที่ผู้ป่วย (Patient focus) มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมกัน โดยผ่านการมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เช่น การศึกษาของ Aberg et al. (1995) ที่ศึกษา ผลลัพธ์ของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ทีมสุขภาพได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น มีการวางแผนการฟื้นฟู

ผู้ป่วย ถือเป็น การเพิ่ม การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในปัจจุบันพบว่า มีผู้นำ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีให้ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ (2547) ที่สร้างนวัตกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ใน ชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง แวดาว วงศ์สุระประกิจ และคณะ (2549) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกล่ามขัง สรุปผล การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 รับประทานยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สามารถ ทำงานได้ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข และไม่กลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วย กรณีศึกษา รายที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยา ได้อย่างต่อเนื่อง ญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ญาติและชุมชนมีมุมมองที่เปลี่ยนไปโดยให้การ ยอมรับและให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว

นอกจากนี้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เหมาะสม เน้นการประสานงาน เป็นการใช้ ทรัพยากรร่วมกัน (Cohen and Cseta, 2001; เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543; ศุวัชรีย์ ฐิพินาย, 2543; จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543; พรทิพย์ ไตรภักทร, 2544) การจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นส่งผลให้ เพิ่มคุณค่าการดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ ลดการดูแลแบบแยกส่วน มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล (Cohen & Cesta, 1993; Powell, 1996; More & Mendell, 1997) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลายด้าน ผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ดูแลมีความสุขดี ลดภาระการดูแลในผู้ดูแล ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และผลลัพธ์ด้านการจัดการและ การบริหารพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ดีขึ้น ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางด้านการเงิน จิตสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่ดีขึ้น (Powell, 2000)

ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ติดต่อประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินกิจกรรม จาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

1.2 สร้างทีมงานและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดภาวะการดูแล โดยดำเนินการให้มีความเห็นชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โดยการให้ความรู้เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย

1.3 ดำเนินการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในทีม

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 การพิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทำการประเมินจากการพูดคุย และซักถามข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง จากการซักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการขอคู่มือระเบียบเพิ่มเติมประวัติของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินผู้ดูแลในด้านภาระการดูแล แหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหา นำข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยปัญหา

2.2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้และวางแผนให้การดูแล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ

2.3 ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้ทักษะและสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญ

ความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

2.4 การประสานงานการดูแลรักษาและการติดตามกำกับคุณภาพการดูแลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยมีการประชุมปรึกษารายสัปดาห์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ เมื่อพบปัญหาและความแปรปรวนในการดูแลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษา วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข

2.5 เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. ชั้นประเมินผล การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล โดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย และภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ในการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล มีการระบุผลลัพธ์ในทุกกิจกรรม และดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ทักษะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม และมีการประสานการดูแลรักษากับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและชุมชนสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ต้องมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น เริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ สาธุพร

พุทธขาว (2541) พบว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด มีความเข้มแข็งทางจิต และมีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น และการจัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นการเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่านทางกระบวนการติดต่อสื่อสาร ประสานงานและกำกับดูแลภายใต้แผนการดูแลผู้ป่วย ที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำขึ้น การประเมินและกำกับติดตามการดูแลจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในความดูแล จะทำให้ลดความแปรปรวนในการดูแลลงได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ อันจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณียังเป็นการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับการเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล ช่วยลดภาระได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้หรือข้อมูลจากพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดภาระการดูแลตามแนวทางลดภาระการดูแล (Elloit, 1998) โดยสามารถลดได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา การให้ความรู้ รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย (Thomson et al., 1993) จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยประสานกันระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ญาติมีความรู้ มีทัศนคติในทางที่ดีต่อผู้ป่วย ตลอดจนมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่
 - ตัวแปรต้น คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หมายถึง ระบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรายครอบครัว ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยมีผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) อาศัยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่กำหนดร่วมกัน ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน และกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ติดต่อประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินกิจกรรม จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการ

1.2 สร้างทีมงานและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดภาวะการดูแล โดยการให้ความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการให้ความเห็นชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เริ่มตั้งแต่ร่วมมือกันระดมสมองค้นหาปัญหาหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลร่วมกัน จนกระทั่งจัดทำ clinical pathway ซึ่งมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน

1.3 ดำเนินการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรในทีม เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดหน้าที่ บทบาทความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละท่านในทีม เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และบุคลากรเกิดความเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 การพิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการประเมินจากการพูดคุยและซักถามข้อมูลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง และจากการขอคูเวาระเบียนแพ้ประวัติของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากนั้นทำการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินผู้ดูแลในด้านภาระการดูแล แหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหานำข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยปัญหา

2.2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปัญหาาร่วมต่างๆ และวางแผนให้การดูแล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ และสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบโดยทั่วกัน

2.3 ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติการพยาบาล การให้ความรู้ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งปฏิบัติตามคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ทักษะและสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

2.4 การประสานงานการดูแลรักษาและการติดตามกำกับคุณภาพการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยมีการประชุมปรึกษารายสัปดาห์และการประสานงานทางโทรศัพท์ในกรณีที่ทีมวางไม่ตรงกัน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ เมื่อพบปัญหา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้ทีมทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.5 เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้บันทึก หากไม่เป็นไปตามแผนการดูแลนั้น จะต้องมีการประเมินใหม่ ปรับแผนการดูแลเพื่อดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อไป หลังจากที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว จึงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อปิดการดูแลและส่งต่อ

3. **ขั้นประเมินผล** การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำการประเมินผล โดยการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลของผู้ดูแลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ติดตามประเมินผลประสิทธิภาพของแผนการดูแล และประชุมสรุปผลการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อ ติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และการใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2) ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงความยุ่งยากจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งประกอบด้วย 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย

2) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้ระดับความยุ่งยาก หรือการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประคับประคอง สนับสนุนต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนในการดูแล

การดูแลปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นเพื่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระหว่างการรักษา ที่ดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน และอยู่ในขอบเขตความดูแลของโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี กิจกรรม ได้แก่ การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต คำแนะนำการดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home health care)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดระบบบริการและให้บริการ โดยเน้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการมุ่งช่วยเหลือครอบครัว และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีความสุข ลดอัตราการป่วยซ้ำ
2. เป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อให้ผู้สนใจสามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตต่อไป
3. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่น ๆ พัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการ ศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 แนวทางการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.5 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
 - 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. แนวคิดการดูแล
 - 4.1 ความหมายและองค์ประกอบของการดูแล
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล
 - 4.3 การประเมินการดูแล
 - 4.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดการดูแลของผู้ดูแล
 - 4.5 บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาและการรักษา

5. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.2 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.3 วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.4 รูปแบบการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.5 ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.6 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.7 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - 5.8 รูปแบบและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
6. บทบาทผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ
7. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder Forth Edition ; DSM-IV, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต ที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่วไป ควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD – 10 (International Classification of Disease) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่ สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้อแล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 40- 60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2534)

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด การคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้ แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนความผิดปกติทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือมีพฤติกรรมแปลกๆ

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด (thought) อารมณ์ (emotion) การรับรู้ (perception) และพฤติกรรม (behavior) เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ให้ความหมายของ โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะมีกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

สุวณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการเข้าสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบ อารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนก็ประสาทหลอน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ความผิดปกตินี้มักเกิดในวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Shives and Isaacs (2002) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในสังคม ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายและการดูแลจัดการเรื่องยา

สรุปว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา จะมีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไปและเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีการแสดงออกและตอบสนองทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้การใช้ชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมเสื่อมลงอย่างมาก

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิต

สังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbance) เช่น

1.2.1.1 สมมติฐานของ dopamine (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป (dopamine synapse) ในสมอง

1.2.1.2 สมมติฐานเกี่ยวกับ transmethylation (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียดจะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาในสมองมาก

1.2.1.3 สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ norepinephrine (dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนพรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุลและเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.2.1.4 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อีกด้วยมีร้อยละ 14 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

1.2.3.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศ หรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่าสัญชาตญาณ เป็น

ผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

1.2.3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects In The mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารก บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกัน เป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

1.2.3.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

1.2.3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ติดยา ติดสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 : 1,000 หญิงและชายพบได้พอๆ กัน อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็นอาการของ Auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบบ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination

1.3.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.1.4 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะในที่สาธารณะ บางคนงู ๆ กิ้งก่า โกง โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.3.2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.3.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.3.2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.3.2.4 Associality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้า ๆ แรก ๆ อาการจะน้อย การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติที่ไม่ชัดเจน ยกแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยจึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz et al., 1989)

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมาได้รับการรักษา

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกร่องทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีการแสดงออกทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย แยกตัว ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตาม ระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแล

อย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยา รักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยา รักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคอยืดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมึนงง สับสน จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.4.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาพิจารณาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกข้อมือหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.4.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่มซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.4.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับ

พฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.4.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้นั้นเน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาสั้นลง เน้นการรักษาในชุมชน โดยผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและครอบครัวเร็วขึ้น ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้การดำรงชีวิตของผู้ป่วยประสบปัญหามากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนี้

การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น พบว่า ระยะเวลาแรก ผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วย จะไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัว ฟังพาสู้คนอื่นมากขึ้น รู้สึกว่า ตนเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่มี ความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับบุคคลอื่น หรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมี สัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทขาด ความสามารถในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องช่วยเหลือทั้งด้านการตัดสินใจ ความคิด การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และ ประยุกต์ เสรีเสถียร (2543) ที่ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ในด้าน การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การแก้ไขปัญหา การมี ส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทาง สังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพบว่ามีปัญหาในการแสดงออก ของอารมณ์ เช่น การมีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรัก ความ สงสาร ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว

พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) ทำการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไป จะหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกเกรงกลัว ผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าไว้วางใจ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางราย ถูกทอดทิ้ง ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวพร เฟื่องฟู (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง (2538) ที่ ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและรายได้ บิคา มารดาต้องอุปการะด้านการเงิน

จากผลการศึกษาของ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย และ ชนกพร จิตปัญญา (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้

ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต ก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่กล้าคบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต อยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในชุมชนไม่เข้าใจคำแนะนำ ของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่กล้าซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชื่นสุมน สุยะชีวิน, 2536) ผู้ป่วยจะมีปัญหาการปรับตัวในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักจะหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อไป และเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา (สรินทร เขียวโสธร, 2545; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ซึ่งปัญหาที่ตามมาคือ การป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2542)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ถึงสภาพปัญหาในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังขาดทักษะการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การจัดการเบื้องต้นกับอาการของโรค การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ การเผชิญปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนหรือที่ปรึกษา รวมทั้งการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแล การยอมรับจากสังคม และปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

2.2 แนวทางการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Mcbride & Austin, 1996) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มมีอาการ ซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้าทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้พบปัจจัยจำแนกของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัย

สำคัญตามลำดับน้ำหนักมากไปน้อย ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ร่วมกับการจำแนกอาการเตือน ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ

2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงการรักษา การใช้ยาหรือสารเสพติด การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ดังนั้น การจำแนกปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่บอกลถึงแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

2.2.1.1 การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

2.2.1.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

พฤติกรรมการใช้ยานับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยา และการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การมารับยาต่อเนื่องรับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาดด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาทีมสุขภาพจิต การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยา เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

2.2.1.3 สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากที่ผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัว มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความเครียดซึ่งส่งผลต่อการป่วยซ้ำได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีคู่สมรสแต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2.2.1.4 การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุได้แก่ ความคาดหวังของญาติที่มีต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวัง ญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิด อาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำด้านผู้ป่วย คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำด้านผู้ดูแลคือ การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ซึ่งการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง เนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน

2.2.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.2.2.1 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sadock & Sadock, 2000)

2.2.2.2 วางแผนการสอนก่อนจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและจัดการกับปัญหา ร่วมกับคำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.2.2.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือนของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

2.2.2.4 จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

ในปัจจุบัน การพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลานานพบว่า เป็นการพยาบาลที่เน้นเฉพาะการบำบัดรักษา จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้อง มีวิธีการได้

หลายวิธี เช่น การเยี่ยมบ้าน การสอนสุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำ การวางแผนจำหน่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพยาบาลที่แยกส่วน และกลุ่มการสอนทักษะต่างๆ ยังทำไม่เป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน และเป็นการทำตามโอกาส ไม่มีความคงที่สม่ำเสมอ ขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่อการป่วยซ้ำและเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ถ้าจะให้เกิดการพยาบาลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพยาบาลจะต้องจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล มีกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

2.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

2.3.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

2.3.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน
ผู้ป่วย จิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอด

ออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.3.1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

2.3.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

2.3.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในการป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin, 1996) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชจึงต้องเข้าใจในบทบาทการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและวิญญาณ

2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ นอกจากนี้จะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องของกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติการพยาบาลต้องครอบคลุม การดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ

ในยุคปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการให้บริการควบคู่กันไปหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรปฏิบัติเพิ่มเติมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ

2. การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดและดีที่สุด เพราะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรู้สถานการณ์ของตนเองว่าเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุดคือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic goal setting) พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งจะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้อง เหมาะสม และผู้รับบริการยอมรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงการดูแลในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีการประสานงานกันระหว่างผู้รับบริการ ซึ่งก็คือผู้ป่วยและผู้ดูแลกับพยาบาลและทีมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมาย นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน ซึ่งการพยาบาลตามปกติในปัจจุบันยังมีการแยกส่วนกัน ไม่ได้ดูแลบุคคลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม นอกจากนี้การให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว

ยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปฏิบัติกรรพยบาลผู้ป่วยและครอบครัว ให้ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

2.3.2 หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลักการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดที่เฉพาะ ได้แก่กระบวนการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

2.3.2.1 การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกต และการดูแลตนเอง รวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัวและชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

2.3.2.2 การป้องกัน โดยวิธีการช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้คำปรึกษาที่เป็นหลัก คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนการใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งพิมพ์ วิทยุ เทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต และใช้ในการคลายเครียดให้กับกลุ่มคนในชุมชน

2.3.2.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ต้องพิจารณาถึงปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของบุคคล รวมถึงความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยปัจจัยเหล่านี้ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมสุขภาพจิต

2.3.2.4 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลบุคคลทั้งคน ครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยการนำมโนทัศน์หรือกระบวนการคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

2.3.2.4.5 เน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของพยาบาลวิชาชีพนั้นต้องมีการบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ เพื่อนำมาใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ดูแลบุคคลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ โดยมีการบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.3 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อจากระดับล่างสู่บน ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพะดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง

สถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะของการให้บริการแบบผสมผสาน และต่อเนื่อง ด้านสุขภาพ ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน หลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6. ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชนหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรให้การ

พยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ (ปีทมา สิริเวช, 2545; สุภรัตน์ เอกอศวิน, 2545) ดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางจิตสังคม การคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้การพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา

2. จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3. ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องนี้จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค
4. ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการ โดยจัดทีมฉุกเฉินเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้าน วันเว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉิน จะช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้
5. ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพต่างๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน
6. ให้บริการในรูปแบบคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้ จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาทางจิตขึ้น ซึ่งเรียกว่างานสุขภาพจิตชุมชน (Community mental health) เป็นศาสตร์ที่ผสมผสานความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพ การให้บริการทางสุขภาพโดยการให้การดูแลในชุมชนและการเข้าถึงประชาชนในชุมชน โดยเน้นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริม

(promotion) การป้องกัน (prevention) การคัดกรองเบื้องต้น (early detection) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ซึ่งบทบาทของพยาบาลโดยทั่วไป ได้แก่ การเป็นผู้ให้บริการพยาบาล ผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำและให้การปรึกษา เป็นผู้นำ ผู้บริหารจัดการ ผู้ประสานงาน และรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย บทบาทดังที่กล่าวมาเป็นการป้องกันใน 3 ระดับคือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ การป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินตามบทบาทโดยใช้กระบวนการพยาบาล การให้บริการพยาบาลในระดับต่างๆ มีดังนี้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545)

2.3.4.1 การให้บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยเป็นบทบาทผู้ให้บริการเพื่อป้องกันในระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรองเบื้องต้น การดูแลรักษาเบื้องต้น โดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ทัศนาศู บุญทอง, 2543) นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งต่อผู้เจ็บป่วยทางจิตที่เกินศักยภาพการดูแล ให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น การให้บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลประชาชนที่อยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ให้รู้จักการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและชุมชน ซึ่งสามารถกระทำได้ในหลายลักษณะ โดยการประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานราชการ และหน่วยงานในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการสร้างเครือข่าย

2.3.4.2 การให้บริการพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นบทบาทการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทุกวัย เพื่อป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและผลกระทบ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความซับซ้อน รุนแรงจนถึงขั้นวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายสำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (กัลยาณี โนนินทร์, 2542) รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน มีดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นการให้บริการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี

2. การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการให้ความรู้แก่ชุมชนเพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

4. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งในโรงพยาบาล องค์กรต่างๆ ครอบครัว ให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงผลงาน เน้นการดูแลที่ให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง การดูแลผู้ป่วยแบบนี้เน้นความเข้าใจ การยอมรับและการแสดงต่อผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้น

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญ คือการทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงควรครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2539; ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลของผู้ป่วยในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันตนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงมีหน้าที่เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาททางสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทดลองพฤติกรรม

ทางสังคมใหม่ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว และชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีการสำรวจปัญหา แบบแผนแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจและปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. บทบาทผู้ให้ความรู้ พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

6. บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของต่างประเทศนั้น มีการให้บริการแบบ Assertive community treatment ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมี Psychological interventions และ Family interventions ซึ่งมีการจัดกระทำทางจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งแนวโน้มในอนาคตจะมีการพัฒนาการบริการเป็นแบบมีการจัดกระทำด้านความคิดและพฤติกรรมไปพร้อมๆ กัน

สรุป การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน เน้นงานสุขภาพจิตชุมชน มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คือ การปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิต ครอบคลุมการดูแลทุกมิติ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งรายบุคคล และรายครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม ประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.5 ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3.5.1 ความหมายของผู้ดูแล

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคล ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่มีความสำคัญ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จอม สุวรรณโน (2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

สรุปว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตคนอื่นๆ เช่น ญาติ ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และอยู่ร่วมกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันทำหน้าที่ดูแลและต้องรับภาระอย่างมากในการดูแล

2.3.5.2 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ดังต่อไปนี้

2.3.5.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเรื้อรัง ต้องการการช่วยเหลือดูแล บางครั้งมีอาการกำเริบรุนแรง (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจล้มป่วยได้ ดังการศึกษาของ วรกช นิธิกุล (2535) ที่ศึกษาถึงความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 คน พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน มีพฤติกรรมทำลายสิ่งของในบ้าน

2.3.5.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จะรู้สึกเครียด กังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดการณ์ ดังการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย สงวนสิน(2544) ทำการศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ญาติผู้ดูแลมีผลกระทบด้านจิตใจและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 66.67 และ Johannes et al . (2003) ทำการศึกษาภาระเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสาเหตุของความเครียดคือ ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย จะเรียนรู้โดยการลองผิดลองถูก ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สับสนและเหนื่อยล้า

2.3.5.2.3 ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระลดลง เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย สงวนสิน (2544) ทำการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 41.67 ชีวิตความเป็นส่วนตัวแยกลงไปกว่าเดิม และ การศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ป่วย

จิตเภท ส่วนใหญ่เป็นภาระต่อผู้ดูแลหลายเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานยา การมีพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกที่ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง

2.3.5.2.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน จนเกิดความเหินห่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรช นิชกุล (2535) ที่พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมดั้งเดิม และมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์น้อยลง นอกจากนี้ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้ทำการศึกษาความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีความรู้สึกแยกตัว ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยแยกทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลออกจากสังคมของครอบครัวหรือชุมชน

2.3.5.2.5 ด้านสิ่งแวดล้อม การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเช่น บุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง ทำให้ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและละเลยความต้องการของบุคคลอื่นในครอบครัว เป็นเหตุให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความน้อยใจ กังของใจ และในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ดูแลตนเอง ต้องให้สมาชิกในครอบครัวกระตุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น บริเวณที่นอน และจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย

2.3.5.2.6 ด้านจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล โดยเฉพาะความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ของขลัง โขกชะตาและจิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตไม่มีสาเหตุที่เด่นชัด อาการแสดงจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางกาย ในบางรายก่อนที่จะมาพบจิตแพทย์ จะมีประวัติไปรดน้ำมนต์หรือไปหาหมอผีมาก่อน และจะมาพบแพทย์เมื่ออาการทางจิตมากขึ้น และส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแล ดังการศึกษาของ กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 200 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเป็นผลกรรมในชาติปางก่อน เกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทย์มนต์ และการรับประทานอาหารบางอย่าง ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยจะรักษาทางไสยศาสตร์ควบคู่ไปกับการแพทย์

2.3.5.4 ความสำคัญของผู้ดูแลกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

แนวนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน โดยเร็วที่สุด และลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด เป็นเหตุให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพ มาเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจึงเข้ามาทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นหน้าที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่

ของครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรคและลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้านด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน การดูแลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นผู้ติดต่อและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสุขภาพ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวที่ต้องดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดี ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบในการที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการเตือน เช่น ความผิดปกติของการนอนหลับ การแยกตัวจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรของตนเองลดลง และเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแล ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทร ห่วงใยต่อผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติที่มีผลต่อการมีอาการกำเริบทางจิตขึ้นมาอีก เพื่อจะเป็นแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการดีขึ้น และป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ นอกจากการรักษาผู้ป่วยแล้ว การดูแลของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่ออาการ การรักษาและการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะทำให้มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม เกิดผลกระทบตามมาคือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin, 1996) จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2542) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในด้านทักษะการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวันทางสังคม ความเสื่อมด้านสังคมและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จะนำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องและการดูแลตนเองบกพร่อง ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การรับประทานยา และปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) จึงจำเป็นต้องมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว โดยเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งยังเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงกลับสู่ชุมชน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ หรือจนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทั้งด้านความคิด การแสดงอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมต่างๆ อีกทั้งยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ (Kaplan & Sadock, 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลในหลายด้านจากผู้ดูแล Jones (1996) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทต้องการให้ผู้ดูแลกระทำการดูแลให้ ได้แก่ เรื่องการแต่งกาย การดูแลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัย การดูแลเรื่องอาหาร การจัดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ

สรุปได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญ และสำคัญยิ่งต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้ตามศักยภาพ และป้องกันสาเหตุที่อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งจะพบอยู่เสมอว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าโรคจิตอื่นๆ ดังเช่น ในหลายการศึกษาที่พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ ได้แก่ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ที่มารับการรักษาทางยาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การไม่มาพบแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเกิดจากความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ดังนั้น ซึ่งบุคคลที่จะทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้เหมาะสมและดีที่สุด คือ ผู้ดูแล

ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นระยะเวลายาวนาน หรืออาจต้องดูแลตลอดชีวิต ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้ (Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543; ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์ โดยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และกิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

1.1 การรักษาความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม และการรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ อีกทั้งช่วยเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่กับการทำงาน

1.3 การรับประทานยา การรับประทานยาที่ต่อเนื่องยาวนานจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดใจ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลในการรับประทานยา โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องดูแลจัดยาให้รับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อรับยารักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.4 การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารให้ตรงเวลาและครบห้าหมู่ รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย ผักและผลไม้ เพื่อช่วยในระบบการขับถ่ายสะดวก หลังจากรับประทานอาหาร ควรรับประทานยาหลังอาหาร

1.5 การแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในด้านการแต่งกาย เนื่องจากไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ป่วยแต่งกายให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อน นอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง ในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ผู้ดูแลต้องสังเกตหาสาเหตุ หรือพาไปพบแพทย์

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจจะให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ซูดิน ดายหญ้า เป็นต้น

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ ผู้ดูแลจะต้องสอนและฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา การไหว้พระ

1.11 การสร้างความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชย เพื่อผู้ป่วยเกิดกำลังใจและมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วย

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยมีความเปราะบางทางจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วย

2.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

2.4 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเรื่องค่ารักษาพยาบาล

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ คือ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) ได้แก่ การเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตราย การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และการดูแลทั่วไป ได้แก่ การจัดการด้านการเงิน การทำงานบ้าน การเดินทาง และการวางแผนอื่นๆ

2.3.5.5 การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ไว้ดังนี้

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention Model) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบด้วย การสอนครอบครัวและผู้ป่วยให้มีความรู้เรื่องการเจ็บป่วย อารมณ์ทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมเรื่องความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำ

ด้านต่างๆ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

2. การดูแลครอบครัวจากแนวคิดครอบครัวที่มีภาระในการดูแลผู้ป่วย (Family Burden Approach) ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย การเงินและด้านอารมณ์ จิตใจ กิจวัตรประจำวันในเชิงลบ การพยาบาลครอบครัว มุ่งเน้นการลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความอับอายและความรู้สึกผิดของครอบครัว

3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล (Explanatory Model of the Nature of Family Caregiving) ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเฉพาะของครอบครัวเอง และอาจต่างจากผู้รักษา เน้นการประเมิน ทำความเข้าใจครอบครัวตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อจัดรูปแบบการดูแลครอบครัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม จัดการกับสภาพเดือรื้อนที่เกิดขึ้นจริง และค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

สรุปได้ว่า การให้การช่วยเหลือดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องทำความเข้าใจและให้การดูแลทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมๆ กันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำ และทำให้ความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระการดูแลลดลง

3. แนวคิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องจะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา 3) การใช้ยาผิดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจจะผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ด้านคือ การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ครอบคลุมในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับ Farragher (1999) และ เพชรรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน

องค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีผู้กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือ

การใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ 2) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการใช้ยา 3) การใช้ยาผิดเวลา 4) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และ 5) การใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวถึง ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มเม็ดยาเองตามความพอใจ และ 2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาทราบได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในการวิจัยครั้งนี้ จึงหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อ ติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และการใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาของ Oehl, Hummer, & Fleischhacker (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

3.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยที่บอกลถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2 ประการ คือ

3.2.1.1.1 อายุ อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาขึ้นตามอายุ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้ป่วยที่อายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

3.2.1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลอื่นทั้งในเวลาปกติและเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อผู้หญิงเจ็บป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาได้ดีกว่าเพศชาย

3.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

3.2.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามการประเมินปัญหา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น เช่น การรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

3.2.1.2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคล ถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3.2.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคล ต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่

ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การดูแลตนเองที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับ ลดการรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และช่วยในการป้องกันการป่วยซ้ำ

3.2.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้มีร่างกายแข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยยอมรับว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติให้ความช่วยเหลือมากเกินไป ไม่ปล่อยให้เป็นผู้ดูแล การถูกรังเกียจ ห้ามปราม การไม่ได้รับความไว้วางใจ สิ่งเหล่านี้จะขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1995) กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาว่า เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะได้แก่

3.2.1.2.3.1 ความคิดหลงผิด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองใหญ่โต เป็นคนมีอำนาจพิเศษ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

3.2.1.2.3.2 อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น ขาดความพึงพอใจในชีวิต ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี

3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย

3.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ จากการศึกษาของ กัทธา อีรลาภ (2532) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

3.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล เอื้ออาทร นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนดูแลด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

3.2.2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลด้านการใช้ยา

3.2.2.4 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า แสดงท่าทางรังเกียจ ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร กันธสาขบัว (2544) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ และครอบครัวที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oehl et al., 2000)

3.2.2.5 ทักษะ ทักษะของครอบครัวและสังคม เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนในการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

3.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่

3.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางในการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย เช่น ทางรับประทาน การฉีด ยาการอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอดหรือทวารหนัก Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาโดยวิธีการฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทาน

3.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการรับประทานยา ลืมวิธีการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยหมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป

3.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นยาในกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มากที่สุด (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยบางรายขณะรับการรักษา อาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอเอียง ง่วงนอน ปากและคอแห้ง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ และหยุดใช้ยาในที่สุด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Renton et al., 1963; Reilly et al., 1967; Hoffman et al., 1974; Campo et al., 1983 ที่อธิบายว่า ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

3.2.4 ปัจจัยด้านทึมสุขภาพ ทึมสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทึมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึมสุขภาพ โดยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon & Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาลา, 2543)

สำหรับในประเทศไทย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจาก

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึมสุขภาพ ปัจจัยด้านทึมสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึมสุขภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น ผู้ป่วยเชื่อว่าทึมสุขภาพมีความรู้ที่จะให้คำแนะนำ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อทึมสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดี

2. การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า แสดงท่าทางรังเกียจ ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรี กันธสายบัว (2544) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ และครอบครัวที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000)

3. อาการทางลบ อาการทางลบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความพึงพอใจในชีวิต ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ดี

4. การใช้แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์มีผลต่อการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิต โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายจึงหยุดใช้ยาในที่สุด

5. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าการป่วยทางจิตจะทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม

จะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาแนวทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรี คันทสายบัว (2545) ที่พบว่า การรับรู้ความยากลำบากในการกลับมารักษาซ้ำเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา

7. ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การรักษาด้วยยาที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและการที่ยารักษาอาการทางจิตเป็นกลุ่มยาที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยามากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Renton et al., 1963; Reilly et al., 1967; Hoffman et al., 1974; Campo et al., 1983 ที่อธิบายว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยาสามารถทำนายการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

สรุปว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลายปัจจัย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะประชากร อาการทางลบ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความซับซ้อนของการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา และปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท การประเมินถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นประโยชน์ในการวางแผน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านผู้ป่วยและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยระหว่างทีมสุขภาพ โดยจะสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า วิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สรุปได้ดังนี้ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สารุพร พุฒขาว, 2541; เพชรี คันทสายบัว, 2544; Fenton et al., 1997; Agarwal et al., 1998)

3.3.1 การประเมินโดยตรง (direct method) คือ การวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

3.3.1.1 การวัดระดับยาในเลือด โดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงของยาในเลือดหรือพลาสมา จะมีความสัมพันธ์กับขนาดของยาที่ได้รับคงที่ของยาในเลือด และการที่ระดับของยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อรักษา ดังนั้นเมื่อทำการวัดระดับยาหรือการเปลี่ยนแปลงของยา ก็ทราบว่าคุณป่วยใช้ยาหรือไม่

3.3.1.2 วัดปริมาณยาในปัสสาวะ ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือด แต่ยาที่วัดโดยวิธีนี้ได้ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

3.2.1.3 การวัดปริมาณยาจากสิ่งขับหลังออกจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ ลมหายใจ วิธีการประเมินโดยตรงเป็นการตรวจโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด

3.3.2 การประเมินทางอ้อม (indirect method) เป็นการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจากวิธีอื่นที่ไม่ใช่วัดโดยตรง ทำได้หลายวิธี คือ

3.3.2.1 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีนี้คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดคือ พบว่าผู้ป่วยมักเลี้ยวที่จะให้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากอาย กลัวถูกตำหนิ แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ต้องพยายามไม่แสดงว่าผู้ป่วยผิดเมื่อตอบคำถามนั้น

3.3.2.2 การประเมินได้จากกรนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป ข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทาน หรือผู้ป่วยให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย

3.3.2.3 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

3.3.2.4 พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา และพิจารณาจากผลของการรักษาที่ควรเป็นไปตามการพยากรณ์ของโรคแต่ละระยะ

3.3.2.5 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (self report) ใช้ได้ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นควรพิจารณาการเขียนรายงานการปฏิบัติของผู้ป่วยร่วมกับการสอบถามจากผู้ดูแล หรือการนับเม็ดยา

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ เช่น Agarwal et al.(1998) ประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ Lin et al. (1974 cited in Agarwal et al.,1998) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่อธิบายการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา จากการที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้ยา จะใช้ยาเมื่อเกิดการผื่นผดหรือจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยา และ Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance rating scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นว่า การใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลองสามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ก็จริง แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องทดลอง หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2547) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาขึ้นจากแนวคิดของ ของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แบ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคลดอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มเม็ดยาเองตามความพอใจ และ 2) การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการสังเกตอาการผื่นผดที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรักษาด้วยยา ให้ทีมการรักษาทราบได้อย่างถูกต้อง

ในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เช่น เพชรี คันธสายบัว (2544) สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กาญจนา ชัยเจริญ (2547) เป็นต้น ที่ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีเพียง สุพันธ์ จารุณสวัสดิ์ (2536) ที่ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ และการมาตรวจตามนัด ความถูกต้องของการทำเครื่องหมายบนปฏิทิน และบันทึกการรับประทานยา

สรุปว่า วิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีได้หลายวิธี แต่การสัมภาษณ์ก็เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ตรงกับความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด และบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การใช้ยาตามแผนการรักษา และ ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยา

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่สำคัญมาก มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน แนวทางการพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องมีหลายวิธี ดังนี้ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

3.4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีการเผชิญความเครียด ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ นอกจากนี้วิธีการสอนในกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้แต่ละครอบครัวมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.4.2 การดูแลในชุมชน (Community program) Olfson (cited in Kay,1998) กล่าวว่า การดูแลในชุมชนที่ได้ผลดีต้องสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งต้องมีการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมและอาชีพของผู้ป่วยด้วย จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ตระหนักถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการได้รับการรักษาที่เหมาะสม และ Forman (1993) ได้กล่าวถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

3.4.2.1 คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาทั้ง 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต การขาดความรู้ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

3.4.2.2 ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

3.4.2.3 การปฏิบัติกรพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา กระตุ้นให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่ม พยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา

3.4.2.4 ความร่วมมือในการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ ผู้ดูแล และพยาบาล

3.4.2.5 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดย Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ที่ใช้การเพิ่มความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

3.4.3.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ต้องอาศัยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมินคือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยา

3.4.3.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ และเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลจิตเวช ในการส่งเสริมผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ

3.4.3.3 การส่งเสริมความร่วมมือ เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรคำนึงถึงการเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับความผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา นอกจากนี้ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องเหตุผลในการใช้ยา ขึ้นอยู่กับความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เป็นต้น

3.3.3.4 การประเมินผล การประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ต้องมีการสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ

หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน การเปิดเผยความจริงของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจว่าสามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้

สรุปว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายวิธี และต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว พยาบาลและทีมสุขภาพจิต และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เนื่องจากยารักษาอาการทางจิต สามารถควบคุมให้อาการทางจิตสงบ และทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับปกติ และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้โดยไม่มีการป่วยซ้ำ

4. แนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายและองค์ประกอบของภาระการดูแล

Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพนั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่นความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาด้านการเงิน

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายของภาระของว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น ความมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกท้อแท้ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

Brown (1991) ให้ความหมายว่า ภาระ เป็นผลกระทบที่เกิดจากความต้องการการดูแลผู้ป่วย

Miller et al. (1991) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการตอบสนองตามสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

Oberst (1991) ให้ความหมาย ภาระในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลใน ความต้องการการดูแล และความยากลำบากที่เกิดจากการดูแล ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลโดยตรง และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลที่ครอบคลุมใน ด้านภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความหมายของภาระการดูแล เช่นเดียวกับ Montgomery et al. (1985)

องค์ประกอบของภาระการดูแล

จากการศึกษาแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับภาระการดูแล มีผู้กล่าวถึง ลักษณะของภาระ การดูแล ดังนี้

Thomson & Doll (1982), Leflery (1993), Cook et al. (1994) และ Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายของภาระของว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล ผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็น รูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็น อยู่ภายในบ้าน เช่น ความมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาด้าน สุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

Honig & Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายของภาระโดย อธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวโยงโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระ และสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือ ความรู้สึกอับอาย เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลที่มีทั้งเหมือนกัน ต่างกันและใกล้เคียงกันตาม การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งการนำแนวคิดไปใช้ควรจะเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับมุมมองและความ สนใจที่เหมาะสมกับปัญหาและกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจ

ศึกษาคือ แนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแล (Caregivers Burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงความยุ่งยากจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื้อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย และ มิติที่สอง ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้ระดับความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ด้าน (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545)

4.2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล

4.2.1.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา และมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล

Bull (1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 ออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ

4.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น และความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคยกัน ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอ พบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมสร้อยละ 10 (Jones, 1996) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาหรือพี่น้องผู้ป่วย (Thomson & Doll, 1982)

4.2.1.3 การศึกษาจะช่วยให้บุคคล มีข้อมูลและความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหา

ความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาที่ด้อยกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

4.2.1.4 รายได้ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) Montgomery et al. (1985) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน อธิบายว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

4.2.1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระแตกต่างกัน (Lefley, 1987 Cook et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากภาระจะน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

4.2.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล ผู้ดูแลที่สมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่สมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

4.2.1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำการให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา

4.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

5.2.2.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่นำกลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990; Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแล

ตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้ เช่น ในประเทศอินเดียมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สนใจตนเอง เฉย เฉื่อยชา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลกๆ ก้าวร้าว พบว่า คะแนนภาระไม่ต่างกันมากในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวกมีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara & Avasthi, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Potaszik & Nelson (1984 อ้างถึงใน ยาใจ ลิทธิมงคล, 2538) โดยได้ทำการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 43 ราย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในในระดับสูงของญาติได้แก่ อาการของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การหลงผิด และ Tessler, Killian, & Gubman (1987 อ้างถึงใน ทีประพิน สุขเขียว, 2543) ได้กล่าวว่า ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้านมีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994)

5.2.2.2 จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่าจำนวนครั้งของการเข้าโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994)

4.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลซึ่งแตกต่างกัน ทำให้แบบประเมินภาระในการดูแลมีความแตกต่างกันไป แต่ยังไม่มียี่ห้อประเมินภาระที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นการประเมินภาระจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของนักวิจัยในการสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง (Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, & Lovetts, 1933 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) เครื่องมือประเมินภาระการดูแลมีทั้งที่วัดได้ทั้งมิติเดียวและสองมิติ ซึ่งเครื่องมือส่วนใหญ่ อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระการมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ส่วนภาระเชิงอัตนัย จะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985; Platt, 1985) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบผู้ดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกัน และเครื่องมือประเมินภาระการดูแลทั้ง

สองมิติรวมเป็นมิติเดียว การประเมินในลักษณะนี้จะเน้นรวมที่ได้จะแสดงถึงภาระการดูแลซึ่งไม่สามารถแยกมิติได้ และเครื่องมือที่ประเมินภาระการดูแลด้วยภาระประเภทเดียว คือ ภาระเชิงอัตนัย จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินภาระการดูแลแต่ละมิติยึดที่ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลอีกกลุ่มที่มีปัญหาแตกต่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการประเมินภาระการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

4.3.1 การประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลแล้วควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

4.3.1.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

4.3.1.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984 cited in Oberst, et al. 1989) ในประเทศไทย สายพิณเกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อคำถามบางข้อไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

4.3.2 การประเมินภาระการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

4.3.2.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ที่ทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

4.3.2.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

Grad & Sainsbury (1986) ประเมินภาระในลักษณะปรนัย คือ ผลกระทบจาก 7 เรื่อง ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน สังคมและเวลาส่วนตัว รายได้ การประกอบอาชีพ ภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และผลกระทบต่อเด็กในครอบครัว ส่วน Pasamanick et al. (1967 cited in Noh & Avison, 1988) ประเมินภาระในลักษณะอัตนัย ได้แก่ ความยุ่งยาก และความรู้สึกของผู้ดูแลอันเกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคจิต

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างแบบวัดภาระการดูแลขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ได้แบ่งภาระการดูแลออกเป็น ภาระเชิงปรนัย มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล และภาระเชิงอัตนัย มีเนื้อหาครอบคลุมด้าน การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลของผู้ดูแล ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย เนื่องจากแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการประเมินภาระแบบแยกคะแนนออกเป็นสองมิติ ผู้วิจัยเห็นว่า การมองภาระใน 2 มิติ มีความครอบคลุม สามารถประเมินภาระของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นของภาระทั้งสองมิติอยู่ในระดับดี

4.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อ

ความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือคำแนะนำอื่นๆ ทั้งจากพยาบาลและสมาชิกผู้ดูแลในกลุ่มด้วยกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Thompson et al., 1993) Elloit & Dunkin (1998) ได้เสนอแนวทางในการลดภาระการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

4.4.1 การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด แบ่งได้เป็น

4.4.1.1 การรักษาทางยา เป็นการให้ยาเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล ที่สามารถลดปัญหาในการดูแลของผู้ดูแล

4.4.1.2 การไม่ใช้ยา เป็นพฤติกรรมบำบัดชนิดต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล การฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว และช่วยลดอาการนอนไม่หลับ

4.4.2 การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ดูแล เพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

4.4.2.1 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ครุณี คชพรหม (2543) ทำการศึกษาผลของกลุ่มระดับรองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มระดับรองและจิตศึกษา จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

4.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลโดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe, 1987 cite in cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลน้อยลง

4.4.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

4.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญหน้าและรับผลของความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวันทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัวเป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

4.4.2.5 ให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving Caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสบการณ์และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างใน จอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา ก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้ ทำให้ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะและความรู้สึของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

สรุปว่า การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 2 แนวทางคือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดีขึ้น ซึ่งเป็นการลดปัจจัยด้านผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ตลอดจนวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

4.5 บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาและการรักษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ครอบครัวมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและแสดงออกอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยา ได้ดังนี้ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; ษะฤทธิพงษ์อนุตริ, 2531; รจนา กุลรัตน์, 2532; อร่ามศรี เกสจินดา, 2537)

4.5.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตือนและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

4.5.2 จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ตามระยะเวลา ขนาดที่รับประทานแต่ละครั้ง และเตือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง

4.5.3 สังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น

4.5.3.1 อาการข้างเคียงที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายต่อชีวิต เช่น ง่วงซึม ตาแห้ง คอแห้ง เดินท้อเหมือนหุ่นยนต์ แขนขาและมือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่าย

4.5.3.2 อาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตเช่น กล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก ลำคอบิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแสบออกมานอกปาก ไข้สูง เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็วโดยไม่รู้สาเหตุ

4.5.3.3 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น หิวบ่อย รับประทานอาหารมากขึ้น มีผื่นแดง ผิวคล้ำง่ายเมื่อถูกแสงแดด ตาพร่า ปากคอแห้ง เพศชายอาจมีความต้องการทางเพศลดลง เพศหญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

4.5.4 ให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) เช่น

4.5.4.1 อาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย

4.5.4.2 อาการปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ต้องให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกาก กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และให้กำลังใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่มีอันตรายต่อชีวิต

4.5.4.3 กรณีที่พบอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตั้งแต่หนึ่งอาการขึ้นไป ผู้ดูแลต้องให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาทันที และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

4.5.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยพูดให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ชมเชย ให้กำลังใจ หรือให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือ คอย

สังเกตหรือสอบถามผู้ป่วยถึงอาการข้างเคียง และถ้าพบต้องรีบให้ความช่วยเหลือทันที แต่ถ้าผู้ป่วย ปฏิเสธการรับประทานยา ควรปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2545)

4.5.5.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การไม่รับประทานยารักษาโรคจิตจะทำให้มีอาการกำเริบ และต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก

4.5.5.2 พยายามให้การรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติ เช่น ถ้ามีสมาชิกในบ้านจำเป็นต้องรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นยารักษาโรคหรือยาชนิดอื่นเป็นประจำ ควรให้รับประทานยานั้นพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่คนเราต้องรับประทานยา เพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่

4.5.5.3 ไม่ซ่อนยาไว้ในอาหาร เพราะผู้ป่วยจะขาดความไว้วางใจผู้ดูแล

4.5.5.4 ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือแอบทิ้งยา ควรอธิบายว่า จะต้องพาไปปรึกษาแพทย์ เพื่อเปลี่ยนลักษณะการให้ยาด้วยวิธีการใหม่ โดยอาจเปลี่ยนเป็นการฉีดยาแทน และต้องไปฉีดที่สถานพยาบาลเดือนละครั้ง หรือ 2-4 สัปดาห์ต่อครั้ง

4.5.5.5 ผู้ดูแลควรทราบหรือมีวิธีการติดต่อกับแพทย์ผู้รักษาหรือแหล่งบริการใกล้บ้าน ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย

4.5.6 ผู้ดูแล ป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด โดยการพูดคุยและทำข้อตกลงกับผู้ป่วย เรื่องการงดเว้นสารเสพติดทุกชนิด รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควรปรึกษาทีมสุขภาพจิต ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด

4.5.7 สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบ การที่ผู้ดูแลช่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วย และรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะช่วยให้แพทย์ให้การรักษาอาการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่ต้น ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

4.5.8 ไม่ควรให้ยาทั้งหมดไว้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรรับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง การรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาได้ และทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

5. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม และบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วย ที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

5.1 ความเป็นมาของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (managed care) มีการให้บริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม และบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีแผนการดูแล (care map) ที่ทีมสุขภาพร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดความต่อเนื่อง สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดขึ้นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1830 โดยเป็นการประสานการบริการจากกลุ่มชนหลายสาขารวมตัวกันในด้านบริการสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือผู้ยากจน ต่อมาในปี ค.ศ.1893 Lilian Wald พยาบาลอนามัยชุมชนพบผู้ป่วยโรคร้ายแรงไม่ได้รับการดูแล จึงเกิดความมุ่งมั่นและตั้งปณิธานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการให้ความรู้และทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น และให้ความช่วยเหลือทางสังคม ก่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนและการปฏิรูปทางสังคม ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในต้นศตวรรษที่ 19

ปี ค.ศ.1920 นักสังคมสงเคราะห์ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการให้บริการทางสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก ต่อมาในปี ค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุขได้นำระบบนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวช หลังจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ.1980-1981 มีการเปลี่ยนแปลงระบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการประกันคุณภาพ ทำให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพต้องทบทวนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อหาวิธีการประหยัดค่าใช้จ่าย และในขณะเดียวกันต้องคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล ดังนั้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 เป็นต้นมาจึงมีการนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้อย่างจริงจังจนเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย เพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤติ ประกอบกับการกำหนดผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (diagnosis related group-DRG) ซึ่งระบบดังกล่าวควบคุมจำนวนวันที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการพยาบาล รวมถึงคุณภาพการบริการ (American Nurse Association, 1988)

ในประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วและเกิดขึ้นตลอดเวลา ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลกับการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องศึกษาหาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรพยาบาลหลายแห่งได้ทดลองนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ และองค์กรพยาบาลบางแห่งเริ่มให้ความสำคัญในบทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เพราะจะเป็นผู้ประสานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพได้เหมาะสมที่สุด

5.2 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีผู้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ไว้หลายคน ดังนี้

Zander (1988) ได้กล่าวว่า Case Management เป็นการจักระบบการดูแลผู้ป่วยที่จรรยาไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

American Nurse Association (ANA) (1991 cited in Powell, 1996) กล่าวว่า Case Management คือกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย คือ การให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพลดการแยกการให้บริการที่เป็นส่วนๆ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและควบคุมค่าใช้จ่ายได้

Latini & Foote (1992 cited in Powell, 1996) กล่าวว่า Case Management คือระบบการให้การดูแลที่มุ่งเน้นการปรับปรุงในเรื่องการเน้นเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วย ในเรื่องเวลาที่เฉพาะเจาะจงผสมผสานความสามารถของสมาชิกทีมสุขภาพโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) คาดหมายระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล บอกลดผลลัพท์ เป้าหมาย และบอกทิศทางของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเภทของการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง

Sowell & Meadows (1994) กล่าวว่า Case Management เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ คล้ายกับการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้รับบริการกับผู้จัดการผู้ป่วย ความเป็นหุ้นส่วนได้แก่ การวางแผนในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการเชื่อมโยงผู้รับบริการกับแหล่งทรัพยากรที่หาง่าย และจัดให้มีการประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่อง

Wolk & Sullivan (1994 cited in Rossi, 1999) กล่าวว่า Case Management เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือในการให้บริการโดยมี กระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์ให้การบริการ

Case Management Society of America (CMSA) (อ้างถึงใน เรวดี ศิรินครและคณะ, 2543) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่า เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Young & Sowell (1997) กล่าวว่า Case Management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการรักษาคุณภาพของผลการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้อยู่บนพื้นฐานของสหวิทยาการและการทำงานร่วมกับผู้อื่น

Care management และ Case management ในเอกสารวิชาการ งานวิจัย หรือการนำไปใช้ในสถานบริการโดยทั่วไป เป็นคำที่มักใช้แทนกันได้ โดยมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน

Care management หมายถึง การประสานความร่วมมือในการดูแลเพื่อจะลดสิ่งที่ไม่จำเป็นในการให้บริการ เพื่อส่งเสริมความมีอิสระและการพึ่งพาตนเอง ลดค่าใช้จ่ายหรือภาวะเสี่ยง เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี จัดการกับความเจ็บป่วย (Sharon & Tanya, 2004)

จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าเป็นกระบวนการให้บริการโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย รวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

สรุป Case Management คือ ระบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเภททั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เป็นระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาศัยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่กำหนดร่วมกัน มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน และกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว

5.3 วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการคือ ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ ต่อมาจึงมุ่งเน้นที่การให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วย (Cohen, 1993) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญได้แก่

1. เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามแผนการดูแลผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวม
2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และการประสานงานของสหวิชาชีพต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และการบริการที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. เพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียชีวิต เวลา แรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของงานหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ซึ่งส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่ระบุไว้หรือเร็วกว่า

4. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีการพัฒนาวิชาชีพ โดยเฉพาะบุคลากรผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่องานที่ปฏิบัติมากขึ้น

นอกจากนี้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ยังมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2546; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

1. เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
3. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหรือใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
4. เป็นการใช้จ่ายเงินค่าบริการสุขภาพที่คุ้มค่า ได้ประสิทธิผล
5. เป็นทำงานร่วมกันของแหล่งบริการสุขภาพในรูปแบบของสหวิชาชีพ

5.4 รูปแบบการดำเนิน Case management ประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้

5.4.1 ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital Base) การดำเนินการตามระบบ Case management ลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมกับ (Discharge Plan) รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คุ้มทุนและการปรับปรุงคุณภาพด้วย

5.4.2 ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit Base) การดำเนินอาจจะดำเนิน 1-2 Unit เท่านั้น ไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

5.4.3 ดำเนินการในชุมชน (Community Based) การดำเนินของ Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

5.4.4 ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

จากการทบทวนกรรมของ Mueser et al. 1998 พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบ่งตามลักษณะการจัดการดูแลของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แบ่งได้ 3 รูปแบบดังนี้

1. The Broker Model หรือ การทำหน้าที่คนกลาง ถือเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใช้ในระยะเวลาแรกๆ และเรียกได้ว่าเป็นรูปแบบของการจัดการรายกรณีที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบนี้จะมุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา และการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย และเป็น

ผู้รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการควบคุมกำกับในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ โดยที่คนกลาง (Broker) ไม่จำเป็นจะต้องมีทักษะในการรักษาพยาบาลที่ลึกซึ้ง แต่ต้องมีความสามารถในการประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

2. The Clinical Case Management Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจนที่ทำเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องการขาดแหล่งทรัพยากร ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ ดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะ ผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ

2.1 การดำเนินการในระยะแรก ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา / ความต้องการ และการวางแผนดำเนินการ

2.2 การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การคงไว้ซึ่งเครือข่ายในการสนับสนุน การทำงานกับครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัว

2.3 การจัดการกระทำกับผู้ป่วย เช่น การให้บริการปรึกษา การพัฒนาทักษะการใช้ชีวิต และการเรียนรู้ได้อย่างอิสระ

2.4 การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน เช่น ติดตามกำกับ และการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

3. The Assertive Community Treatment (ACT) หรือเรียกว่า The Full Support Model เป็นรูปแบบบริการที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง มีลักษณะเด่นของบริการคือ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกด้านอย่างเต็มรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมง ในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ โดยทีมสหวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับการติดต่อ และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง (Assertive outreach) และสม่ำเสมอไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ ดังนั้นการดูแลในรูปแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อทีมที่ให้การดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด คือ ประมาณ 10-15 คน การดูแลตามรูปแบบนี้เป็นที่นิยมของผู้รับบริการมากและก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างมาก ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล

5.5 ลักษณะสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Suinn (1998) กล่าวว่าจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กระบวนการบริหารงานเป็นสำคัญ โดยเน้นคุณลักษณะสำคัญของการจัดการต่าง ๆ ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่เอื้อให้งานบรรลุผลสำเร็จ และส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงานได้ 5 ด้านคือ

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความร่วมมือของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือกันและกัน การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงานและร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

2. การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการปฏิบัติงาน หรือการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน การกำหนดขอบข่ายงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน การปรับเปลี่ยนเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยเป็นไปอย่างสอดคล้องกัน และการจัดให้มีประชุมปรึกษากันทั้งภายในและระหว่างแผนกเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

3. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ขององค์กร ความสะดวกของการติดต่อสื่อสาร ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่าง ๆ ที่ใช้ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ การเสนอความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ

7. ความต่อเนื่องของการดูแล หมายถึง การที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า การดูแลเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดตอน การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอก หน่วยงานเพียงพอ และทันเวลา การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

5. การจัดสรรทรัพยากร หมายถึง การจัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อม และการใช้งานของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เหล่านั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

5.6 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.6.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborative practice) หมายถึง การประสานงาน (coordination) หรือการรายงาน (Report) ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพประกอบด้วย

5.6.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

5.6.1.2 การเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

5.6.1.3 การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

5.6.2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่สำคัญได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Clinical pathways) หรือ Multidisciplinary action plans : Care MAPS เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาแผนการดูแลนี้จะเป็นมาตรฐานในการจัดและรวมบริการทางสุขภาพที่จัดให้บริการจากบุคลากรกลุ่มวิชาชีพต่างๆ แผนการดูแลชี้ให้เห็นถึงความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่มสหวิชาชีพ ระยะเวลา ผลลัพธ์ของการดูแล และช่วยชี้แนะการจัดกิจกรรมแทรกแซงและผลลัพธ์ในภายหลัง (Sally and Ka-fai, 1999 อ้างใน ประชาญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2546) และแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆที่เหมือนกัน 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แสดงชื่อโรคหรือกลุ่มอาการตามระบบ International Classification Disease (ICD) หรือ Diagnosis Related Group (DRG) และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย (Expected Length of Stay : ELOS)

ส่วนที่ 2 แสดงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

ส่วนที่ 3 แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวัง อาจมีผลลัพธ์ที่คาดหวังเมื่อสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล หรือกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 แสดงกิจกรรมหลัก (aspect of care) ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา หรืออาจเป็นวันหรือสัปดาห์

ประโยชน์ของ Clinical pathways (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

1. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลที่หลายสาขาวิชาชีพใช้ร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้แผนการดูแลรักษาของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของเอกสาร ทำให้ประหยัดเวลาในการบันทึกของทุกสาขาวิชาชีพ และเพื่อให้บรรลุมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยตรงตามแนวทางการรักษาที่กำหนด

2. เป็นการดูแลล่วงหน้าที่จะวางไว้ตลอดระยะเวลาการรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาวางแผนวันต่อวัน และทำให้การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น

3. เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

4. เป็นเครื่องมือสำหรับบูรณาการตามมาตรฐานวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นรูปธรรม

5. ใช้เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยทดแทนแผนการดูแลทางการพยาบาล ซึ่งทำให้ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้ดีขึ้น

6. การมีแผนที่ชัดเจนทำให้ทีมงานทั้งหมดทราบความคาดหวังของแพทย์ และตอบสนองความคาดหวังดังกล่าวได้

7. ทำให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในคลินิกได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สามารถบอกผู้ป่วย ได้อย่างครบถ้วนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูลและช่วยเพิ่มความมั่นใจ

8. ลดความแปรปรวนของการดูแลรักษา

9. ทำให้แน่ใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

10. สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีการที่แตกต่างได้ง่ายขึ้นนำไปสู่ การปรับปรุงวิธีการดูแลรักษา และผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

11. เป็นข้อมูลในการควบคุม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และ พัฒนาคุณภาพการบริการ

12. ผู้ประกอบวิชาชีพได้มีโอกาสปรึกษาหารือ และทบทวนความรู้ซึ่ง กันและกัน ขจัดปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

13. องค์กรวิชาชีพมั่นใจว่ามีการดำเนินการตามแนวทางการดูแลรักษาที่กำหนดไว้

14. สังคมรับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีผลต่อผู้ป่วย และเชื่อมั่นใน มาตรฐานการรักษาขององค์กร

15. โรงพยาบาลและผู้บริหารมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ โดย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5.6.3 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ข้อเสนอแนะจากการใช้แนวคิดในการ พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆ พบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ได้ เหมาะสมที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ส่วน ใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist) บางแห่งใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ต้องมีประสบการณ์ในงานที่ เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี

สรุป เพื่อให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีบรรลุผลสมบูรณ์ องค์กรประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ การประสานความร่วมมือ แผนการดูแล และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องสอดคล้องกัน เป็นไปตามแผนการดูแลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างร่วมกัน โดยเฉพาะผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งมี บทบาทหน้าที่สำคัญ เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งหมด ตลอดระยะเวลาการรักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การ

จัดการผู้ป่วยรายกรณี เนื่องจากเป็นปัจจัยในความสำเร็จเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเชี่ยวชาญของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

5.7 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Powell (2001:410) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยพยาบาลจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณีและมีข้อบ่งชี้ให้การคัดเลือกโดยทั่วไป เช่น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าที่กำหนด และข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่นผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

2. การประเมินสภาพและปัญหา (Assessment/Problem identification) เมื่อผู้ป่วยถูกคัดเลือกแล้ว ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะรวบรวมข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยที่จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลที่ได้มาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลใกล้ชิดหรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เพื่อหาทิศทางให้บริการผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาจะต้องร่วมกันประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประเมินด้านการเงินว่าผู้ป่วยมีการประกันสุขภาพ สิทธิต่างๆของผู้ป่วย หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายหรือไม่ และประเมินถึงด้านจิต สังคมด้วย

3. การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan) หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้ว ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกัน ในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการ ให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลานานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการ และการใช้ทรัพยากร โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

4. การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆจะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้

5. การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล เป็นการประเมินทัศนใจว่าจะอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอย่างไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

6. การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพใหม่ และประเมินผลใหม่ (Continuous monitoring, reassessing, and reevaluating)

Hussein (1999, อ้างใน กรรณิกา เอ็นสุข, 2543) กล่าวว่า กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ กลุ่มของขั้นตอนและกิจกรรมที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย กระบวนการจะมุ่งถึงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย

1. การค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะกระทำโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. การคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ โดยผู้จัดการรายกรณีจะถามความสมัครใจของผู้ป่วยอีกครั้ง และเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินสถานการณ์และปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแล

4. วางแผนดูแลและกำหนดผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะพัฒนาแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวและสมาชิกในทีมสหสาขา โดยมีการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกัน

5. ปฏิบัติตามแผน การปฏิบัติจะต้องผ่านหลายขั้นตอน เช่น การรักษา การพยาบาล ซึ่งจะเป็นทิศทางที่จะแก้ปัญหาและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์

6. การสนับสนุน การประสาน การเชื่อมโยง และความรวดเร็วของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีจะอำนวยความสะดวกเรื่องการจัดเวลา เพื่อร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กำจัดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนต่างๆ

7. กำกับดูแลและมีการทบทวนประเมินกิจกรรมและผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินแผนการดูแลของทีมสหสาขาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

8. ทำกระบวนการใหม่หรือยุติกระบวนการ ผู้จัดการรายกรณีสามารถที่จะทำกระบวนการนี้ได้ทุกครั้งที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยหรือครอบครัว การทำกระบวนการใหม่ เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ส่วนการยุติกระบวนการ จะกระทำเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ต้องการบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

9. การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการกำกับดูแล การประเมินผลลัพธ์จะมุ่งที่ การควบคุมดูแลต่อผลกระบวนการจากการจัดการ คือ ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการและผลลัพธ์ ของการรักษา เช่น การทำหน้าที่ต่างๆ ระดับความอิสระ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย

10. การจัดการและการทบทวนและกระบวนการใช้ประโยชน์ ผู้จัดการรายกรณี จะเกี่ยวข้องกับการจัดการดูแล การทบทวนเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วย มีการอภิปรายถึงแผนการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ซึ่งมีกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน ตามที่ได้กล่าวไว้ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ดำเนินการให้ กิจกรรมการดูแลเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่วางไว้ ซึ่งมีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเมื่อพบความแปรปรวนระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขต่อไป

5.8 รูปแบบและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)

5.8.1 รูปแบบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager model) การทำงานของ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาล พบว่ามีอยู่ 4 รูปแบบ ซึ่งการใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับพิจารณาของโรงพยาบาลนั้น ๆ ได้แก่

5.8.1.1 Utilization Nurse Case Manager (UNCM) ผู้จัดการผู้ป่วยราย กรณีรูปแบบนี้จะผสมผสานบทบาทการดูแลผู้ป่วย โดยมี จุดเน้น 3 ประการ คือ ค่ารักษา การจ่ายเงิน ของบริษัทประกัน และการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบดั้งเดิมในบทบาทนี้ผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณีต้องศึกษาประวัติและรายละเอียดผู้ป่วย (Chart review) เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วย และกำหนดการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่เริ่มรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งถูกจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยถูก รับไว้รักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะร่วมกับทีมผู้ดูแลจากทีมสหวิชาชีพช่วยกันวางแผนการดูแล ผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแล ผู้ป่วยให้มีคุณภาพตลอดจนใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย

5.8.1.2 The Insurance Nurse Case Manager (INCM) รูปแบบผู้จัดการ ผู้ป่วยรายกรณีแบบนี้เกิดจากมุมมองของผู้รับประกันสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งจะเน้นที่การใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์แก่บริษัทประกัน ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาการรักษาที่ ยาวนานและใช้ทรัพยากรมาก INCM ต้องติดต่อกับหน่วยงานและเครือข่ายอื่น ๆ ภายนอก โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย บ่อยครั้งที่ INCM ทำหน้าที่เป็นคน กลางติดต่อระหว่างโรงพยาบาลและ Health Maintenance Organization (HMO) นอกจากนั้น

บทบาทของ INCM ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ต้องติดต่อรหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการสุขภาพในชุมชน INCMจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในการช่วยผู้ป่วยให้รู้จักระบบการดูแลและเชื่อมต่อบริการที่จำเป็นเมื่อถูกจำหน่าย เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยังช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

5.8.1.3 The Primary Nurse Case Manager Model (PNCM) เป็นรูปแบบที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีความสามารถทางเทคนิคสูง มีทักษะและประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง PNCM จะประสานความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆของตกับทีมสหวิชาชีพ รูปแบบนี้ PNCM จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชม. โดยมีพยาบาลอื่น ๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อ PNCM ไม่ขึ้นเวร รูปแบบนี้ท้าทายให้ PNCM ต้องจัดการกับเวลาให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้ใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นแนวทางการดูแลเหมือนรูปแบบอื่นๆ แต่สิ่งที่มีเด่นชัดกว่ารูปแบบอื่นคือ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งมีมากกว่ารูปแบบอื่น

5.8.1.4 Advanced Practice Nursing Case Manager (APNCM) แม้ว่าบทบาทของ APNCM ยังไม่ได้รับการจัดกลุ่มจาก American Nurses Association ว่าเป็นบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งจะต้องมีมาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ APNCM ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบนี้อาจอยู่ในหอผู้ป่วยหรือแผนกผู้ป่วยนอก ทำการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยว่าใครจะได้ประโยชน์จากการจัดการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ APNCM จะเป็นผู้สร้างทีมสหวิชาชีพและประสานการดูแลที่วางแผนไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการตามแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า พร้อมกับปรับแผนให้เหมาะสมเช่นเดียวกับการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งนี้ APNCM จะครองบทบาทผู้นำโดยอัตโนมัติในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลและนักวิเคราะห์ APNCM จะรับผิดชอบโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีเรื่องที่ต้องการการตัดสินใจ

บทบาทของ APNCM ในการสร้างโปรแกรมที่ใช้ในการสนับสนุนการดูแลประชาชนและผู้เจ็บป่วยในชุมชนและเขตพื้นที่ต่าง ๆ กำลังมีมากขึ้นเรื่อย ๆ (Wayma, 1999) ผู้มาทำงานนี้จำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ ทักษะผู้นำ และความผูกพันในวิชาชีพ เพื่อสามารถจะร่วมมือปฏิบัติงานกับแพทย์คลินิกภายนอก HMO บริษัทประกันสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพได้

58.2 บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผู้ให้การดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีบทบาทต่างๆ ดังนี้

5.8.2.1 เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าสู่ระบบ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณี และนำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทีมสุขภาพจัดทำ ขึ้น มาใช้กับผู้ป่วยและแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ

5.8.2.2 ทำหน้าที่วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ ประเมินและ จำแนกผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลแนวทางในการรักษาพยาบาล โดยการสังเคราะห์ความรู้และ ประสบการณ์ทั้งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพที่ดี

5.8.2.3 การคัดกรองการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การประเมินผลการจัด สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การช่วยเหลือและการ บำบัดทางจิต การสอน การให้คำปรึกษา โดยใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psychosocial) และชีววิทยา (Biophysical Sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ที่คำนึงถึงผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งใช้กระบวนการ พยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลและศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำมาบูรณาการ เพื่อการปฏิบัติการ พยาบาลจิตเวชใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5.8.2.4 อธิบายแผนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อเป็นการเตรียม ผู้ป่วย รวมถึงเตรียมแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพด้วย

5.8.2.5 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นไปตามแผน

5.8.2.6 ตรวจสอบผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน

5.8.2.7 ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพ เมื่อเกิดปัญหา

5.8.2.8 ติดตามประเมินความก้าวหน้า และผลการดูแลตามแผนการดูแล รวมทั้งบันทึกความเปลี่ยนแปลง หรือความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบหาสาเหตุ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

5.8.2.9 ติดตาม ควบคุมและประเมินการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง

5.8.2.10 เป็นผู้นำการประชุม (Case Conference) ร่วมกันของทีมสุขภาพ

5.8.2.11 สรุปผลการดูแล และประเมินผลของการใช้การจัดการผู้ป่วย รายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้ที่มีบทบาทหลายด้านในการกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในการบริการของโรงพยาบาล Hussein Tahan ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีของ Nursing Professional Practice Programs ของโรงพยาบาล Mount Sinai ในรัฐ New York (2001) ได้วิเคราะห์บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและได้จำแนกบทบาทไว้ 5 มิติ คือ

1. มิติทางคลินิก/ การดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และทำการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอในด้านการงานจิตสังคม การเงิน การรับรู้และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและตามเป้าหมายของแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และต้องควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา การเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลต้องแน่ใจในความถูกต้องเหมาะสมกิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการจำหน่าย และแผนการดูแลต้องคำนึงถึงการตกลงใจหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนและปรับปรุงให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือควบคุมและประเมินผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Cohen & Cesta, 1993; Tahan, 1993; Tahan & Cesta, 1995; Thompson et al. 1991; Zander, 1988)

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องติดตามในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เสนอแหล่งบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน ต้องประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถจัดระบบสนับสนุนทางสังคม การเงิน และการประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ และให้ความมั่นใจในการที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังระดับที่เหมาะสมหรือเชี่ยวชาญขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องการ

2. มิติในการจัดการ หรือมิติภาวะผู้นำ หมายถึง การรับผิดชอบของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในเรื่องการประสานงานความร่วมมือของทีมสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (Cohen & Cesta, 1993; Tahan, 1993) ในบางกรณีหน้าที่เหล่านี้ถูกกำหนดและติดตามทดสอบกระบวนการปฏิบัติการรักษา การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงงาน การตกลงกับชุมชนในเรื่องการใช้ทรัพยากร การกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การได้มาซึ่งใบรับรองผลและสิทธิที่ได้รับจากองค์กรที่จัดการด้านการดูแลผู้ป่วย (Cohen, Tahan & Fink, 1998) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแลทุกครั้งที่มีโอกาส โดยการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพ หรือหน่วยงานภายนอก นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องทำหน้าที่เป็นครู พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา

3. มิติด้านบริหารจัดการด้านการเงิน หรือมิติด้านธุรกิจ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาการรักษาพยาบาล และต้องสามารถประเมินความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น ความล่าช้าของผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงแผนการดูแลทันที เพื่อป้องกันความแปรปรวนที่จะเกิดมากขึ้น และเพื่อให้ได้ผลดี พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องให้ความสำคัญและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายตลอดเวลาด้วย

4. มิติการจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร หรือมิติการติดต่อสื่อสาร มิติด้านนี้เป็นส่วนที่ทำให้หน้าที่ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสมบูรณ์แบบ ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสารหรือข้อมูลสะท้อนกลับแล้ว บทบาทของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก็จะไม่สำเร็จ เพราะหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเน้นในด้านการส่งต่อข่าวสาร การต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การสอน การโต้แย้ง การประเมินผล การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน เพื่อเกิดผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิผลขององค์กร หรือเป็นการป้องกันการเกิดความแปรปรวนของแผนการดูแลได้

5. มิติด้านการพัฒนาวิชาชีพ หรือมิติด้านความก้าวหน้า การพัฒนาวิชาชีพและความก้าวหน้าเป็นสิ่งจำเป็นของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การฝึกฝนในวิชาชีพของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นจากทีมสุขภาพ เป็นผลดีต่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะคงอยู่ในฐานะสมาชิกองค์กร ซึ่งน่าจะถ่ายทอดความสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ ได้ และปรับปรุงสถานการณ์ภายใต้การมอบหมายของการบริการสุขภาพให้มีความก้าวหน้าและดำรงการเป็นสมาชิกสัมพันธ์ขององค์กรวิชาชีพ เช่น Case Management Society of America, American Nurse Association

6. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ

เอกอุมา วิเชียรทอง (2545) กล่าวถึง ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยามะยมทบพาทครั้งนี้

6.1 การปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (Clinical expert) ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อม/ชุมชน ของผู้ป่วย การทำจิตบำบัดรายบุคคล การทำครอบครัวบำบัด การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม การทำงานและการหารายได้

6.2 การให้ความรู้ (Educator) สอน ชี้นำ ขั้นตอน ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนแก่บุคลากรทีมสหวิชาชีพ พัฒนาสมรรถนะทักษะและแบบประเมินอาการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและโรคที่เป็นอยู่ ส่งเสริม evidence-based practice โดยการอ่าน/วิเคราะห์งานวิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ตามแผนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ

6.3 การเป็นที่ปรึกษา (Consultant) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตลอด 24 ชั่วโมง ให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรีและแพทย์ประจำบ้าน

6.4 การวิจัย (Researcher) ประเมินและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทุก 3 เดือน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้บริการ นำงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมาประยุกต์ใช้ทำวิจัยประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

6.5 การบริหารจัดการ (Manager of patient care) ร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าพยาบาลและทีมนำทางคลินิกวางแผนในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จัดทำวิธีการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านร่วมกับทีมนำทางคลินิก ทีมประสานงานคุณภาพและทีมบริหารความเสี่ยง

6.6 ประสานความร่วมมือ (Coordinator/ Facilitator of patient care) ระหว่างองค์กรต่างๆ ในโรงพยาบาล โดยการจัดอบรมเชิงข่าวสารจัดประชุมตามสภาพปัญหา/สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

6.7 การตัดสินใจทางจริยธรรม (Ethical) ใช้ข้อบังคับของสภาการพยาบาลเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน

6.8 การเป็นผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยการผสมผสานกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น การนำข้อมูลโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมาใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การเข้าร่วมเป็นทีมประสานงานคุณภาพเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลภายในโรงพยาบาล

6.9 การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล (Innovation) สร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ภายใต้กระบวนการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในชุมชนเมือง รวมทั้งสร้างโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเพื่อส่งศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผ่านเครือข่าย

6.10 การประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์ (Outcomes and quality management) ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบมาตรฐานการดูแลสภาพที่บ้าน มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบวัดทางคลินิกและบริการ

จากมติที่ประชุม คณะกรรมการฝึกอบรมและการสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางของสภาการพยาบาล เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2551 กำหนดให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีสมรรถนะ 9 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นการปฏิบัติโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดย บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้วิจารณญาณอย่างรอบคอบในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติการพยาบาล เป็นทักษะที่ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลว่าผู้ป่วยจะรับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

สรุป เห็นได้ว่าระบบการดูแลรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะต้องมีทักษะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และมีสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการจัดการระบบการดูแลเพื่อให้บรรลุผล

ลัพท์ตามแผนการดูแลที่วางไว้ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องมีสมรรถนะในการการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วย (Care Management) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. แพทย์เจ้าของไข้

1.1 ตรวจสอบและประเมินอาการ วินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคสากล (ICD- 10) และพิจารณาให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

1.2 ตรวจสอบผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ ผลข้างเคียงจากยา และผลตอบสนองต่อการรักษา เพื่อปรับการรักษาให้เหมาะสม

1.3 อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

1.4 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาให้สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.5 พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบทางจิตวิทยาตามความเหมาะสม เพื่อติดตามผลการรักษา

2. นักจิตวิทยา

2.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ตรวจสอบวินิจฉัยทางจิตวิทยา พร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2 วิเคราะห์ผลการทดสอบทางจิตวิทยา และดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มตามแผนที่วางไว้ พร้อมทั้งทำกลุ่มจิตบำบัดปรับพฤติกรรมผู้ป่วย

2.3 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. นักสังคมสงเคราะห์

3.1 ประเมินสภาพครอบครัว สังคม และความต้องการทางด้านสังคม และอารมณ์ของผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยทางสังคมเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.3 การค้นหาแหล่งทรัพยากร ประสานเครือข่ายชุมชนเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

4. นักอาชีวบำบัด มีหน้าที่ 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตแต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง การฟื้นฟูระยะนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม โดยการประเมินสภาพจิตใจอารมณ์ และความสามารถในการทำงานเบื้องต้น วิเคราะห์/สังเคราะห์ และเลือกใช้กิจกรรมรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อาจเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่าย ๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้น ๆ เช่น การฝึกกิจวัตรประจำวัน เป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย บำบัดอาการ/พฤติกรรม และส่งเสริมสมรรถภาพจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็งที่จะจัดการกับปัญหาได้

ระยะที่ 2 เตรียมผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่บ้าน มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพในสังคมที่อุปนิสัยพื้นฐานในการทำงาน พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ บุคลากรต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับอาชีพใด เพื่อให้ทดลองทำงานในสาขาที่ถนัด

5. เกณฑ์

5.1 ด้าน Dispensing คือ การเตรียม การจัดหา การบริหารยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และทันเวลา ตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์

5.2 ด้าน Counselling คือ การให้คำปรึกษา ให้ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรที่มสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษาภายในโรงพยาบาล เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

5.3 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยการใช้ยาแก่ผู้ป่วย โดยตรง กรณีพบความความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา เป็นต้น ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิริยาระหว่างกันของยา

5.4 ด้าน Drug Monitoring คือ การติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรที่มสุขภาพโรงพยาบาล ติดตามและประเมินผลการใช้ยาที่มี Therapeutic Index แคบ ๆ ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา

5.5 วางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชนภูมิลำเนา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

6. นักโภชนาบำบัด

- 6.1 เป็นผู้วางแผนในการจัดอาหารและบริการอาหารให้กับ ผู้ป่วย ตามหลักโภชนาการและ โภชนาบำบัด เสริมการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น
- 6.2 ติดตาม ประเมินผล การบริการให้คำปรึกษา เผยแพร่ความรู้ด้าน โภชนาการและการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้พื้นฐานงานอาชีพเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วย
- 6.3 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ

7. พยาบาลวิชาชีพ

- 7.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และให้การวินิจฉัยการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล
- 7.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตการณ์การ ตอบสนองต่อยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 7.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา และให้ข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา
- 7.4 ประเมินความต้องการความปลอดภัย และการดูแลในเรื่องการ ป้องกันความเสี่ยง
- 7.5 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย
- 7.6 เสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษา
- 7.7 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาให้สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 7.8 ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลตนเอง แผนการ ดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน
- 7.9 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วย และครอบครัว

7. แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ซึ่งการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็น กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ดูแลผู้ป่วยในลักษณะของสหวิทยาการและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการสร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการลดปัจจัยด้านผู้ป่วย และการลดปัจจัยด้านผู้ดูแล โดย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ผ่านทางแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย (Clinical Nursing Practice Guidelines) ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกันของบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสารประสานงานและกำกับดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด (จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546)

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยได้คาดหวังว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ โดยมีขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ติดต่อและประสานงาน เพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินกิจกรรมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

1.2 จัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดภาระการดูแล โดยดำเนินการให้มีความเห็นชอบร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เกี่ยวกับ clinical pathway มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดทำแผนการดูแล หลังเสร็จสิ้นการบรรยายแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่แสดงกิจกรรมการดูแลตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมรวมทั้งระบุผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1.3 ดำเนินการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรในทีม โดยจัดประชุม เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดหน้าที่ บทบาทความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละท่านในทีม เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และบุคลากรเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 การพิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลบางบัวทอง และกลุ่มที่ 2 ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี แบ่งกลุ่มละ 20 คน โดยทำการประเมินจากการพูดคุย และซักถามข้อมูลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง จากการซักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการขอควากระเบียบแฟ้มประวัติของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินผู้ดูแลในด้านภาระการดูแล แหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหา นำข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยปัญหา

2.2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้และวางแผนให้การดูแล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ

2.3 ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้จัดการผู้ป่วย ใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่ให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

2.4 การประสานงานการดูแลรักษาและการติดตามกำกับคุณภาพการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยมีการประชุมปรึกษารายสัปดาห์และการประสานงานทางโทรศัพท์ในกรณีที่ทีมว่างไม่ตรงกัน ผู้จัดการผู้ป่วยติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ เมื่อพบปัญหา พยาบาลผู้จัดการแจ้งให้ทีมทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษา วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข

2.5 เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

3. ขึ้นประเมินผล

การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล โดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย และภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามประเมินผลประสิทธิภาพของแผนการดูแล และประชุมสรุปผลการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปราชญ์ บุญขวงศวีโรจน์ และ คณะ (2546) ได้นำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในจังหวัดขอนแก่นและสกลนคร โดยทำการศึกษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกสู่ชุมชน และดูแลต่อเนื่องในชุมชนนาน 3 เดือน โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น มีปัญหาครอบครัว กลับเข้ารับรักษาซ้ำบ่อย ถูกล่ามขัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมโครงการจำนวน 37 ราย ผลการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ ในระบบบริการ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ไม่มีผู้ป่วยได้รับการล่ามขัง และทีมสหวิชาชีพมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 100 ในการนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ เนื่องจากมีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

ลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า ทำให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีการกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นได้ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อให้เกิดความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีการใช้ทรัพยากรสูงสุด

จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ (2547) ได้สร้างนวัตกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขา ร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า และมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่มีประวัติการรักษาซ้ำมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป/ หรือเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน

3 เดือน/ หรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย/ หรือมีประวัติฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์และกลับสู่ชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลจากการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจระดับมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน มากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

นางนุช แทนบุญไพรัช และคณะ(2547) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยดำเนินงานตามโครงการ จำแนกเป็น 2 ตอน เป็น การสร้างรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จัดอบรมปฏิบัติการเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชแบบ Case Management ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 46 คน และร่วมจัดทำร่างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Clinical Pathway) ตามองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ จัดให้ทีมปฏิบัติงานในหน่วยงานนำร่อง ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษชาย 3 และตัวแทนทีมสหสาขาวิชาชีพศึกษาดูงานการจัดระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้ได้แนวทางการให้บริการจากสถานการณ์จริง ทบทวนปรับปรุงร่างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตอนที่สอง เป็นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในพื้นที่ปฏิบัติจริง ณ หอผู้ป่วยพิเศษชาย 3 และประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยประเมินจากพฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และจากการบันทึกกิจกรรม เหตุการณ์ต่างๆ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน ผลการศึกษา/ผลการดำเนินงานตามโครงการ กำลังอยู่ระหว่างดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2

ศันสนีย์ พูลผล (2547) ได้ทำศึกษา เพื่อศึกษาการจัดการระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลด้วยการจัดการระบบการดูแลในชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในชุมชน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังให้การดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสุขภาพ แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังใช้การดำเนินการจัดระบบการดูแลในชุมชนสูงกว่าก่อนดำเนินการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ทรงผาสุข (2547) ได้ทำโครงการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาระการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 20 คน เปรียบเทียบภาระการดูแลก่อนและหลังให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบบวัดภาระการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อำพัน หิรัญอุทก (2547) ได้ทำโครงการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยชานี (2548) ทำการวิจัยผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ และอัตราการป่วยซ้ำระหว่างผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จำแนกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในจำนวน 50 คน และ 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนโดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนระยะเฉียบพลัน แบบบันทึกคำรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วราภรณ์ มารักษา (2548) ได้ทำโครงการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อความพึงพอใจในบริการและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล

ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนการดูแลผู้ป่วย แบบวัดความพึงพอใจในบริการ และแบบบันทึกสรุปลำดับจำนวนวันนอน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทนา ศรีวิศาล และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษา เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซ้ำซ้อนจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสุ่มชน โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนตามเกณฑ์ผู้ป่วยซ้ำซ้อนที่กำหนด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สวนสราญรมย์ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี 2547-2549 ปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท คือ 1) การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบโครงการ 2) พยาบาลผู้จัดการประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการดูแล 3) วางแผนการปฏิบัติ 4) ปฏิบัติการดูแล และ 5) ประเมินผลการปฏิบัติ ผลการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามวิชาชีพ โดยดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุ่มชน ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนเท่ากับ 24.36 วัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด 86% ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด 100% อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนเท่ากับ 12 ราย คิดเป็น 4.49% และผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน มากกว่าร้อยละ 80 และมีคุณภาพชีวิตระดับมากกว่าร้อยละ 80 และให้ข้อเสนอแนะว่าควรนำระบบ Case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซ้ำซ้อนและผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาความซ้ำซ้อนในการดูแลพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุ่มชน

นงนุช แต่งสิงห์ตรง และ สุดคนึง ปลั่งพงษ์พันธ์ (2549) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวชพิเศษชาย 9 โรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการพัฒนารูปแบบเป็น 2 ระยะด้วยกัน คือระยะที่ 1 เป็นการสร้างรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะที่ 2 เป็นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในพื้นที่โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 10 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จำนวน 5 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบประเมินความคิดเห็นของ

พยาบาลต่อบทบาท/กิจกรรมของผู้จัดการรายกรณี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 รูปแบบเป็นรูปแบบ Primary Case Mangement มีจุดเน้นการดำเนินงานที่เป็น Unit- based 2) ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า 1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองครบถ้วนทุกด้านได้อย่างเหมาะสมตามเป้าหมายร้อยละ 100 2) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 85 3) ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 98 และ 4) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อบทบาท/กิจกรรมของผู้จัดการรายกรณีมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 100 พร้อมให้ข้อเสนอแนะว่า ควรขยายผลรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จาก Unit based Case Management เป็น Hospital based Case Management เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร และเพิ่มศักยภาพในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยกับเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น

แหวดาว วงศ์สุรประภิต และคณะ (2549) ทำการวิจัย เพื่อศึกษาผลการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกล่ามขัง ขอบเขตการวิจัย ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในจังหวัดลำพูน และจังหวัดลำปาง จำนวน 2 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 วิธีการศึกษา 1) คัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี 2) ผู้จัดการรายกรณี (Case management) ประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติพบปัญหา คือ ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ มักทำร้ายผู้อื่น ญาติมีความหวาดกลัวและนำไปล่ามขัง ชุมชนรังเกียจ 3) วางแผนการปฏิบัติการโดยผู้จัดการรายกรณีติดต่อประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและให้การดูแลผู้ป่วยตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน (Care map) 4) ประเมินผลการปฏิบัติการดูแลทั้งด้านผู้ป่วยและด้านผู้ให้บริการสรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อาการทั่วไปสงบ สามารถทำงานได้ เช่น ช่วยบิดาเลี้ยงวัว ออกไปหาฟืน สนใจดูแลตนเองดีพอควรสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข มีรายได้เป็นของตนเอง และไม่กลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ญาติมีความพึงพอใจในระดับดี ญาติและชุมชนมีมุมมองที่เปลี่ยนไปโดยให้การยอมรับและให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว

Dongen & Jambunathan (1992) ได้ทดลองนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองได้สอบถามผู้ป่วยจำนวน 60 คน พยาบาล 5 คน และนักจิตวิทยา 3 คน ผลที่ได้คือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการนี้สูงมาก โดยบอกว่าพยาบาลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ มีความเป็นมิตร เข้าใจ รับฟังและให้คำปรึกษาให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ในส่วนของพยาบาลเองก็มีความพึงพอใจ

และมีความมั่นใจในบทบาทของตัวเองมากขึ้น เกิดความรู้สึกรู้ว่าเป็นวิชาชีพชั้นสูงและมีความเป็นอิสระในวิชาชีพ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สำหรับนักจิตวิทยาก็ยอมรับว่ามีความพึงพอใจสูง มั่นใจในการทำงานที่จัดให้โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

Braun K.L. & Rose C.L. (1994) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการประเมิน (appraisal) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยทำการศึกษาถึงเรื่อง การรับรู้ ภาระการดูแล ความพึงพอใจ และ สุขภาพของผู้ดูแล ทำการทดลองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ภาระการดูแลเชิงประนัย (subjective) ลดลง คะแนนความพึงพอใจไม่มีการเปลี่ยนแปลง

Aberg W.A. et al. (1995) ศึกษาถึง ผลลัพธ์ของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลจากจิตแพทย์ร่วมด้วย รูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ทีมสุขภาพได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น มีการวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วย อยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการฟื้นฟูตนเองด้วย ดำเนินการทดลองและติดตามผลเป็นระยะเวลา 2 ปี ดำเนินการทดลองในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ หลังการทดลองทำการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่อง การเข้ารับบริการแบบฉุกเฉิน การรับไว้เป็นผู้ป่วยใน คุณภาพชีวิต ขนาดของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการรับบริการกรณีฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของผู้ป่วยและทีมสุขภาพจิต ในระยะเวลา 2 ปี ขนาดของเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และลดลงในกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Mueser et al. (1998) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 75 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การนำการจัดการรายกรณีมาใช้สามารถลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 61 ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ร้อยละ 71 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติของการใช้บริการทางสุขภาพจิตบ่อยๆ ลดอาการทางจิต ร้อยละ 20 เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ร้อยละ 50 เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ร้อยละ 21 ลดการจำคุก (2/10) การประกอบอาชีพ (3/5) ความพึงพอใจต่อระบบมากกว่าร้อยละ 50

Nathan H.A, & Gordon T. (1998) ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจากหน่วยบริการสุขภาพจิตชุมชนมาแล้ว หลังจากนั้นได้ทำการจับคู่และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแล โปรแกรมใด โปรแกรมหนึ่งดังนี้ 1) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาและประโยชน์ของการใช้ยา 2) การบริหารการรับประทานยา และให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 94 หลังจากได้รับแนวทางการบริหารการรับประทานยาทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายครอบครัว พฤติกรรมการใช้ยาไม่มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 73 หลังจากได้รับความรู้เรื่องการรับประทานยา ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช

Maryanne O'Donnell et al. (1999) ทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและโรคอารมณ์สองขั้วในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มเพื่อได้รับการดูแลใน 3 รูปแบบคือ 1) standard case management 2) client-focus case management 3) client-focus case management plus consumer advocacy และประเมินกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องการทำหน้าที่ การรู้ความสามารถ คุณภาพชีวิต ภาระการดูแล และความพึงพอใจในบริการ โดยประเมินก่อนทดลองและเปรียบเทียบกับอีก 1 ปี ผลการทดลองพบว่า ในการประเมินไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ client-focus case management พบว่ามีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น สรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในรูปแบบต่างๆ สามารถเพิ่มการทำหน้าที่ ลดภาระการดูแล ได้

Chan et al. (2000) ได้ทำการศึกษาการใช้แผนการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชนของฮ่องกง เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพในการรักษาพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยพบว่า การใช้แผนการดูแลทำให้การจัดการทรัพยากร การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพในการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า แผนการดูแลทำให้การบริการเป็นระบบที่ดีกว่าการให้บริการพยาบาลแบบเดิม ทำให้มีการติดต่อประสานงานตามแผนที่กำหนดไว้ เพราะมีการวางแผนล่วงหน้า หลีกเลี่ยงการทำงานซ้ำซ้อน เป็นการส่งเสริมแผนงานและเพิ่มความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เพิ่มเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล เพิ่มความเป็นวิชาชีพของพยาบาล เพิ่มทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และพยาบาลเกิดความมั่นใจในตนเอง

Paul M. et al. (2000) ศึกษาทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการประเมิน และการบริหารจัดการผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 44 คน ที่ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพจิตชุมชน เป็น กลุ่มทดลองจำนวน 24 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีดำเนินโปรแกรม กับกลุ่มทดลอง กิจกรรมในโปรแกรมเป็นการสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการประเมินและการ จัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดลง เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีการ บริหารจัดการเชิงบวกในการจัดการผลข้างเคียงของยาที่ไม่ปรารถนา

Tommy B. & Lars H. (2000) ทำการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อผู้ป่วย จิตเวชเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 176 คน ที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการ รายกรณีในประเทศสวีเดน เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย มีการใช้บริการแบบผู้ป่วยในลดลง ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงถึงร้อยละ 43 ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการเงินและการประสานเครือข่ายการดูแลและการ สนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำให้การรักษาแบบผู้ป่วยในลดลง การติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยมากขึ้นจะทำให้การไปรับบริการลดลง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

Kate H. et al. (2002) ทำการศึกษาผลของการจัดการรายกรณี (intensive case management) ในญาติผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแลแบบ intensive case management และ standard case management ในกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับการสุ่มและจัดให้เข้ารับการดูแลแบบ intensive case management กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติ ผู้ป่วยจำนวน 146 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 2 ปี และทำการประเมินติดตามผล ต่อเนื่องอีก 2 ปี เมื่อครบระยะเวลาศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเหลือเพียง 116 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสัมภาษณ์และตอบแบบประเมินประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และแบบสอบถาม ทางด้านสุขภาพต่างๆ ไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่รับการดูแลแบบ intensive case management ได้ติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณีมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลแบบ standard case management (70 : 45) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลแบบ intensive case management ไม่ได้ประเมินการดูแลผู้ป่วยไปในเชิงลบหรือมีความรู้สึกว่าการดูแลเป็น ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดหรือกดดัน ไปมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ standard case management

Irene M. H. (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสนับสนุนว่า สัมพันธภาพของการบำบัดรักษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพจิตในชุมชน การทบทวนวรรณกรรมทำโดยการศึกษาบทความและเอกสารทางการแพทย์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และสังคมศาสตร์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและการจัดการรายกรณี ระหว่างปี ค.ศ.1986- 2001 เป็นบทความจำนวน 84 บทความ และตำรา 2 เล่ม ผลการศึกษาพบว่า การวิจัยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำเป็นต้องใช้สัมพันธภาพในการบำบัดรักษา (therapeutic alliance) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้จัดการรายกรณีและผู้ป่วยจะต้องเป็นแบบเข้ากันได้เหมาะสมพอดี (goodness-of-fit) การศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า สัมพันธภาพในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปถึงกลยุทธ์ที่จิตแพทย์และทีมสุขภาพจิตควรนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชชุมชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษา ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองและสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

Nicholas A.H. et al. (2004) ศึกษาผลของกลุ่มครอบครัว (multiple-family group) ในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการจัดการรายกรณี ต่อความรู้สึกกดดันและแหล่งให้การสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 97 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบ multiple-family group จำนวน 53 คน หรือ การดูแลในชุมชนแบบปกติ จำนวน 44 คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกเครียดกดดัน แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และสถานภาพของการรับบริการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มแบบ multiple-family group มีความรู้สึกกดดันลดลง ส่วนแหล่งประโยชน์ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ดังนั้นสรุปได้ว่า multiple-family group สามารถลดความรู้สึกกดดันของผู้ดูแลได้มากกว่าการดูแลปกติ

Hopkins M.R. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะ 2 เดือนแรก และ 1 ปีต่อมา ดำเนินการทดลองโดยผู้จัดการผู้ป่วย จะต้องเข้าพบผู้ป่วยทุกวัน เพื่อการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และการสร้างความร่วมมือในการรักษา (working alliance) ผลการทดลองสรุปว่า การสร้างความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งการสร้างความร่วมมือในการรักษา และการให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย เป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วย

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีความต่อเนื่อง ผสมผสาน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทีมสุขภาพ และมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการของการประเมินก่อนให้การดูแลอย่างครอบคลุม มีการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในระหว่างดำเนินการมีการติดตามประเมินผลการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและกำกับติดตามการดูแลรักษาให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้ โดยใช้บทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ คือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ และผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดหวังว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินกิจกรรมจากผู้บริหารโรงพยาบาลบางบัวทอง
- 1.2 จัดทำคู่มือและแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดภาระการดูแล ให้ความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย
- 1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดประชุมเพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดหน้าที่ บทบาทความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละท่าน

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คัดเลือก ผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ
- 2.2 ประเมินปัญหาของผู้ป่วย จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้และวางแผนการดูแล โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2.3 ดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้บริการทางคลินิก โดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
- 2.4 การประสานงานการดูแลรักษา และติดตามกำกับคุณภาพ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลรักษา เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้
- 2.5 เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวน ประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ

3. ขั้นประเมินผล การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

พฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษา

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา
2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รักษาอาการทางจิต

ภาระการดูแลของผู้ดูแล

1. ภาระเชิงปริมาณ
 - ปัญหาสุขภาพกาย
 - ปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม
 - ปัญหาเศรษฐกิจ
2. ภาระเชิงอัตนัย
 - ความรู้สึกเป็นทุกข์
 - ความเครียด
 - ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยดำเนินการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest- posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



X หมายถึง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

O₃ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีผู้ดูแลสามารถรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีผู้ดูแลสามารถรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เข้าร่วมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD-10 (International Classification of Disease)
2. มีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา (รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ ขาดยามากกว่า 3 ครั้ง/ปี)
3. เคยมีอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Hoffman et al., 1994; Weiden et al., 1999; Kumar & Sedgwick, 2000) ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่าได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับใด โดยให้เลือกตอบเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย
4. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การหยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ไม่ใช้ยาตามเวลา ลดหรือเพิ่มยาเอง
5. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ และยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
6. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ต้องจ่ายค่ารักษาเอง หรือ ขาดความรู้ในเรื่องการใช้ระบบบริการสุขภาพ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแล

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ และยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยจิตเภทออกไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต ร่ำรวย มีอำนาจพิเศษเหนือกว่าบุคคลอื่น มีอาการหูแว่วอย่างเห็นได้ชัด โดยมีการโต้ตอบกับสิ่งที่ได้ยิน มีอาการก้าวร้าวโดยแสดงออกทางสีหน้า และพฤติกรรม ความคิดสับสน ตื่นเต้นกระวนกระวาย ไม่อยู่สุข มีท่าทีระมัดระวังตัว หวาดระแวง ว่ามีคนจะมาทำร้าย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงกันหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns & Grove, 2001) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการทำวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก พิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทำการประเมินจากการพูดคุยและซักถามข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง จากการขอคูเวระเบียนเพิ่มเติมประวัติของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ โดยผู้วิจัยเริ่มทำการคัดกรองผู้ป่วยวันที่ 21 สิงหาคม 2550 โดยดูประวัติผู้ป่วยจากเวระเบียนและซักถามเพิ่มเติมจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 55 ราย และสิ้นสุดการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2550 ได้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และผู้ดูแล จำนวน 40 คน

2. หากพบว่ามีความผิดปกติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์

และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่ (matched pair) กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ตามเพศ และการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเนื่องจากการจัดกระทำในชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามในสภาพแวดล้อมและเวลาที่ใกล้เคียงกัน

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) โดยใช้วิธีการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
 - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแลผู้ป่วย
 - แบบบันทึกการประชุมปรึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบุลย์ (2546) โดยมีขั้นตอนการสร้างคู่มือ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยศึกษาจากแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบุลย์ (2546) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ อัญชลิ ทรงผาสุข (2547)

2. กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 คำชี้แจงในการใช้คู่มือ

2.2 แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.3 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.4 วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.5 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.6 บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.7 ขั้นตอนการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2.8 ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.9 แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

3. ร่างรายละเอียดของคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2 แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenic Patients in Community) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ อัญชลิ ทรงผาสุข (2547)

2. ร่างแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวทางในการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

2.1 วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแล กิจกรรมหลัก

ที่สำคัญ

2.3 วิเคราะห์สิ่งที่ตามมาจากกิจกรรมหลัก กิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินและทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค กิจกรรมการบำบัด การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย และการวางแผนการจำหน่าย

2.4 จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง

2.5 จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับการใช้แหล่งประโยชน์

2.6 ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สร้างขึ้น นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจความตรงตามเนื้อหาในเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา สำนวนภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน

ผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก จำนวน 1 ท่าน

(ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก)

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา การปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

2.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ปรับแก้ดังนี้

1. การใช้คำแทนควรใช้คำเดียวกัน เช่น ทีมสุขภาพ ทีม

สหสาขาวิชาชีพ

2. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน

3. เพิ่มขั้นตอนการปฏิบัติของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของโรงพยาบาลบางบัวทอง

4. ปรับเรื่องทีมสหสาขาวิชาชีพให้เหมาะกับบริบทของ

โรงพยาบาลบางบัวทอง ว่าประกอบด้วยใครบ้าง มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาหรือไม่ ซึ่งในโครงสร้างคู่มือฉบับร่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

พยาบาลวิชาชีพ เกสัชกร ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลบางบัวทอง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกสัชกร และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน

5. ปรับแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

6. ปรับการเขียนความเป็นมา แนวคิด หลักการของการจัดการ

ผู้ป่วยรายกรณีให้กระชับ ได้ใจความ

7. แล่นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำคู่มือ

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพไปใช้

2.2 แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปรับแก้ดังนี้

1. ปรับ Expected outcome ให้เหมาะสมกับระยะเวลา เช่น การต้องการให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชน และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในชุมชน ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 เป็นเป้าหมายที่เร็วเกินไป ปรับให้เป็น Expected outcome ในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 หรือ สัปดาห์ที่ 5-6

2. ปรับการใช้คำในการประเมินผู้ป่วยให้สามารถวัดได้อย่างชัดเจน เช่น มีทักษะในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม ประเมินอย่างไร ปรับเป็น การดูแลตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

3. เพิ่ม intervention ให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น ในเรื่อง การให้ความรู้ เรื่องการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การดูแลเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิต

4. ปรับ intervention ให้เหมาะสมกับช่วงระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องแหล่งบริการสุขภาพจิต ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ญาติรู้สึกเครียดและเป็นภาระในการดูแล ปรับให้อยู่ใน intervention ช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 และ สัปดาห์ที่ 5-6

5. เน้นบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจน เช่น การฝึกกิจกรรมอาชีพบำบัด ปรับเป็น หาแหล่งสนับสนุน ปรึกษานักอาชีวบำบัด

6. แล่นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากรักษาอาการทางจิต

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย

ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยแบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา และ ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ดังนี้

1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือการรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อ ติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อ ต่อสัปดาห์ และการใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 5, 8 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9

2) ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตให้ทีมสุขภาพจิตทราบได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10, 11, 12, 13, 15, 16 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 14 และ 17

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก
คะแนนทางลบ			
เป็นประจำ	เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเดือนละ 1-2 ครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านนานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยเกิด	ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำมาคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นคะแนนและความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชร คันธสายบัว (2544) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ .83 ซึ่งในประเด็นอื่นๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไขเพียงเล็กน้อยนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ

หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้ระดับความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาระจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาระโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ย

ของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรมสุด (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ได้เท่ากับ .92 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไขเพียงเล็กน้อยนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานาน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมในแผนการดูแลผู้ป่วย และติดตามความก้าวหน้าของการแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับเนื้อหาในการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน คือ การสร้างทีมงานเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย การร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล การดำเนินการตามแผนการดูแล

ผู้ป่วย การประสานงานและติดตามกำกับดูแล และการประเมินผลครั้งสุดท้ายและยุติการดูแล มีลักษณะเป็นแบบ check list

3.2 แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสาเหตุที่เกิดขึ้น รวมทั้งบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีลักษณะเป็นแบบ check list

3.3 แบบบันทึกการประชุมปรึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาในการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งแบบบันทึกการประชุมปรึกษาทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. ผู้วิจัยร่างแบบประเมินทั้ง 3 ชุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นทั้ง 3 ชุด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจความตรงตามเนื้อหาในเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา จำนวนภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก)
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้

เกณฑ์กำกับการทดลอง

การใช้แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบบันทึกความแปรปรวน และแบบบันทึกการประชุมปรึกษา ในการกำกับการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินทั้ง 3 ชุด ตั้งแต่เริ่มการทดลองจนถึงสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ใช้แบบประเมิน เพื่อใช้เป็นหลักฐานการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอน หากพบว่าไม่มีการปฏิบัติขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพจะเริ่มกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม และปฏิบัติในขั้นตอนนั้นร่วมกันอีกครั้ง

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยได้เคยศึกษามาแล้วในชั้นเรียน ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนขั้นสูง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

2. เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3. เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจกวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

4. สร้างทีมงานและจัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ลงฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบางบัวทอง เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2550 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ร่วมประชุม เพื่อให้ความเห็นชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดทำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำในการประชุมกลุ่ม มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดทำแผนการดูแล ใช้เวลา 2 วัน คือวันที่ 1 และ 8 สิงหาคม 2550 มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน เกษีกร 1 ท่าน และผู้วิจัย ผู้วิจัยได้แจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้ทีมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพิ่มขึ้น หลังเสร็จสิ้นการบรรยาย ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันระดมสมองค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสร้างคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้เสนอร่างคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมทั้งแบบประเมินต่างๆ นำเสนอต่อที่ประชุม ให้ทีมร่วมกันระบุนหาที่ความรับผิดชอบรวมทั้งระบุผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งแต่ละวิชาชีพช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจบทบาทที่ถูกต้อง ลดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน

สิ่งที่ได้จากการประชุมกลุ่มคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพิ่มขึ้น แต่ยังเห็นว่าเป็นสิ่งแปลกใหม่ และไม่ค่อยคุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่าใดนัก ในการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยต้องอธิบายและแจกเอกสารตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแล ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สอน ผู้แนะนำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยต้องมีสมรรถนะในด้านการสอน (Educating) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) ผู้วิจัยต้องอธิบายให้ทีมเข้าใจถึงบริบทของชุมชนที่จะลงไปดำเนินการ ซึ่งพบว่าทีมสามารถร่วมกันปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ทำการพิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทำการประเมินจากการพูดคุยและซักถามข้อมูลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง จาก การขอคู่มือระเบียบเพิ่มเติมประวัติของผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเริ่มทำการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2550 โดยคูประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนและซักถามเพิ่มเติมจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 55 ราย หลังจากนั้น ทำการศึกษาแผนที่ไปบ้านผู้ป่วย และความเป็นไปได้ในการเข้าเยี่ยม พบว่า ผู้ป่วยบางรายได้ย้ายที่อยู่ใหม่ บางรายไม่สะดวกในการร่วมมือวิจัย ผู้วิจัยสิ้นสุดการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2550 ได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย นัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลตามปกติ ที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน กิจกรรมได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลคำแนะนำการแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต คำแนะนำการดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home health care)

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 10 กันยายน ถึง 19 ตุลาคม 2550

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับผู้ป่วยและครอบครัว ในบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (clinical expert) โดยประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อม/ชุมชน ของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัย ดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมด้วย ทำการประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินผู้ดูแลในด้านภาระการดูแล แหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหา นำข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยปัญหา

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง กับผู้ป่วยและครอบครัว ในบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (clinical expert) โดยประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อม/ชุมชนของผู้ป่วย

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมิน และวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้และวางแผนให้การดูแล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นผู้สรุปปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และจัดเตรียมข้อมูลในการประชุม

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษา (consultant) แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. ดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรมระหว่างวันที่ 10 กันยายน ถึง 19 ตุลาคม 2550 โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี การดำเนินการในขั้นตอนนี้บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพจะใช้ Clinical pathway

เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะผู้บำบัดรักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้ทักษะและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

การดำเนินการในขั้นตอนนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี ซึ่งจากการพูดคุยในระยะแรก ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่า “ไม่เคยได้รับการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านแบบนี้ ชาวบ้านไม่เข้าใจ รังเกียจ เวลาหมอมายเยี่ยมที ก็สงสัยว่าเป็นคนบ้าหรือเปล่า การเยี่ยมแบบนี้มีประโยชน์มาก ทำให้ได้ช่วยเหลือพวกเขา ขอบคุณมากที่มายเยี่ยม” เป็นต้น และจากการเยี่ยมระยะแรก ผู้ป่วยจะกลัวเพื่อนบ้านรู้ว่ามาเยี่ยมจิตเวชมาเยี่ยม กลัวเพื่อนบ้านรังเกียจ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องใช้สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว คือ สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

5. การประสานงานการดูแลรักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยการจัดประชุมปรึกษารายสัปดาห์ ในทุกวันศุกร์ เวลา 10.00 -12.00 น. ถ้าทีมว่างไม่ตรงกันจะใช้การประสานงานทางโทรศัพท์ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องมีสมรรถนะด้านความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Consultation)

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษา (consultant) แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น เมื่อพยาบาลวิชาชีพไปพบผู้ป่วยบอกว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีให้ข้อมูลเบื้องต้นในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะดำเนินการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินซ้ำ และให้การดูแลต่อไป

6. การติดตามกำกับคุณภาพการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ โดยติดตามรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อผู้ป่วยจิตเภท 1 คน จำนวน 6 ครั้ง และประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่ประชุมสรุปผล เมื่อพบปัญหา พยาบาลผู้จัดการแจ้งให้ทีมทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษาหาแนวทางการแก้ไข ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ประสานงานด้านกระบวนการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าทุกขั้นตอนเป็นไปตามแผนการดูแล จะมีบางช่วงที่แพทย์ไม่สามารถลงติดตามดูแลได้ ทำให้ต้องมีการประสานการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีรายงานอาการของผู้ป่วยที่พบและแพทย์ให้การรักษาตามอาการ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในบทบาทการเป็นที่ปรึกษา (consultant) แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ดำเนินการไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย สมรรถนะที่ผู้วิจัยต้องมีคือความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care Management) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) และมีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

7. เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อมีปัญหาและความแปรปรวนเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อจะร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม และดำเนินการตามแนวในขั้นตอนนี้ร่วมกันอีกครั้ง จนกว่าจะมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ถึงแม้ว่าทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีแผนการดูแลผู้ป่วยแล้วก็ตาม ถ้าไม่มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่กำกับติดตาม ประสานงานผลลัพธ์ที่ได้จะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและเกิดความแปรปรวนขึ้น ทักษะที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องใช้นั้นคือ ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อประสานงาน และต้องมีสมรรถนะในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

ในการประสานงานการดูแลรักษา	การติดตามกำกับคุณภาพการดูแล
และเฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย	พบว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการ

ดำเนินงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสนใจในการที่จะร่วมมือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าบางครั้งทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีเวลาว่างไม่ตรงกัน จึงมีการปรึกษาในรูปแบบของการใช้โทรศัพท์ และติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง ถือว่าปัญหาที่พบมีเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลตามแผนการดูแล ไม่มีผู้ป่วยออกจากแผนการดูแล ไม่มีการป่วยซ้ำระหว่างได้รับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ในการประสานงานการดูแลรักษา การติดตามกำกับคุณภาพการดูแล และเฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีใช้แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบบันทึกความแปรปรวน และแบบบันทึกการประชุมปรึกษา เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตาม และพบความแปรปรวนจากผู้ให้บริการและผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัญหาหรือความแปรปรวนในการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.1 การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระยะแรก ต้องออกเยี่ยมร่วมกันเป็นทีม เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมกัน แต่มีปัญหาเรื่องเวลาไม่ตรงกัน บางครั้งทำให้ไม่สามารถออกครบทีมได้ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้แก้ไขปัญหาคือ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและบุคลากรที่มีเวลาว่างตรงกัน ออกเยี่ยมผู้ป่วยก่อน และมีการนำข้อมูลที่ได้มาพูดคุยให้ทีมรับทราบโดยทั่วไป ในวันที่มีการประชุมปรึกษา

1.2 ในการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น บางครั้งบุคลากรไม่สามารถเข้าร่วมประชุมตามเวลาที่นัดหมายได้ เนื่องจากภาระงาน จึงได้แก้ไขปัญห โดยการประชุมทางโทรศัพท์ และใช้แบบบันทึกการประชุมปรึกษาเป็นสื่อในการติดตามการประชุม และใช้วิธีให้ฝากประเด็นเนื้อหาต่างๆ ไว้กับผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีก่อนการประชุม เพื่อแจ้งให้ทีมทราบ

2. ปัญหาจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว

2.1 ผู้ป่วยบางรายมาเข้าร่วมกิจกรรม ตามที่นัดหมายไว้ไม่ได้ เนื่องจากติดภารกิจเร่งด่วน แก้ไขปัญหาโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีโทรศัพท์และนัดหมายติดตามใหม่อีกครั้งเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวสะดวก เช่น ในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันนัดหมาย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลตามแผนการดูแลในระยะเวลาที่กำหนดไว้

พบว่า ความแปรปรวนที่เกิดขึ้น เป็นเพียงปัญหาเล็กน้อย หลังจากพบความแปรปรวน ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจึงไม่มีผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย

ระยะประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดูแล ผู้วิจัยทำการประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย และภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประเมินผลเมื่อวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2550 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) เพื่อขอความร่วมมือผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผู้ดูแลตอบแบบวัดภาระการดูแล และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ขอความร่วมมือผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และผู้ดูแลตอบแบบวัดภาระการดูแล ภายหลังจากการดำเนินการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสรุปผลการดำเนินงานรายงานต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550 พบว่า ทุกท่านเห็นประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ให้บริการ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับความเอาใจใส่ ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ในส่วนของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และลดการทำงานซ้ำซ้อน ในขั้นตอนการประเมินผล ผู้วิจัยต้องมีสมรรถนะในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation) ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลด้วยรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สรุปปัญหาที่พบในการดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า เมื่อผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายสัปดาห์ ได้พบปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลและชุมชน ซึ่งปัญหาได้จากการสอบถามผู้ป่วย สอบถามผู้ดูแล และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนั้นยังได้ข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมด้วย เมื่อมีการปรึกษาและประสานการดูแลรักษา จึงทำให้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทราบปัญหาเหล่านี้ ปัญหาในการดูแลตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านญาติและผู้ดูแล และด้านชุมชน ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ให้การช่วยเหลือโดยใช้ทักษะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญ (clinical expert) ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาที่พบและการปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี

ปัญหาที่พบ	การปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
<p>ด้านผู้ป่วย</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาเองเมื่อมีอาการ หรือรับประทานยาเกินขนาด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเรื่องยาและแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ควรปรับยาเอง หากมีปัญหาในการรักษาด้วยยา สามารถบอกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประสานงานกับเครือข่ายระดับเหนือกว่า - แนะนำผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วยรับประทานยา และมาพบแพทย์เพื่อรับยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง
<p>2. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รักษาอาการทางจิต เช่น ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักเพิ่ม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น พร้อมแนะนำวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อมีอาการดังกล่าว โดยดูข้อมูลได้จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้จากทีมสุขภาพ - ประสานการดูแลกับแพทย์และเภสัชกรเรื่องยาและการรักษา
<p>3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น นอนไม่หลับ แยกตัวเอง ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สนใจการดูแลตนเองและการช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งพูดคุยถึงอาการที่เป็นอยู่ และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อช่วยลดอาการดังกล่าว แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น แนะนำให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ - ติดตามการดูแลผู้ป่วยพร้อมแพทย์ เพื่อประสานการรักษา
<p>4. ผู้ป่วยว่างงาน/ ไม่มีงานทำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการทำงานให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย - ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองว่าสามารถประกอบอาชีพ หรือให้การช่วยเหลือครอบครัวได้ - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสานงานอาชีพ บำบัด

ปัญหาที่พบ	การปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
5. ผู้ป่วยมีความเครียด และเบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้และกำลังใจผู้ป่วย และเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง แต่ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ถ้าดูแลตนเองได้ดี - ให้ความรู้เรื่องความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด การทำงานอดิเรก - ให้การสนับสนุนด้านจิตใจต่อผู้ป่วย
ด้านผู้ดูแลและญาติ 1. ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษา ไม่กล้าให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง กลัวผู้ป่วยรับประทานยาเกินหรือรับประทานยาไม่ครบ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กับญาติเรื่องโรค สาเหตุ อาการและการรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท - ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิตและอาการข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา - ให้ญาติสังเกตอาการเตือนหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว - ให้การสนับสนุนทางจิตใจและให้กำลังใจแก่ญาติ - แนะนำญาติให้ฝึกผู้ป่วยจัดการรับประทานเอง และญาติตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย
2. ญาติไม่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เรื่องการรับประทานยา	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้กับญาติ เน้นให้ญาติเห็นความสำคัญของการรักษา การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาและได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และเกิดอาการกำเริบได้
3. ญาติมีความเครียด เหนื่อยล้า ในการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ญาติเรื่องความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด - ให้การสนับสนุนด้านจิตใจต่อผู้ดูแลและครอบครัว - แนะนำให้ญาติผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเครียด และหาเวลาพักผ่อนเป็นส่วนตัว
4. ทักษะคติทางลบของญาติที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานและการป่วยซ้ำ เป็นภาระของญาติในการดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้และกำลังใจญาติ เป็นที่ปรึกษาญาติในการดูแล พร้อมทั้งประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย

ปัญหาที่พบ	การปฏิบัติกรพยาบาลโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี
	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก - แนะนำการสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ
5. มีการใช้อารมณ์ในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำเรื่องการใช้คำพูด หรือกิริยาท่าทาง หรือวิธีการที่ช่วยสนับสนุนระดับประคอง ให้กำลังใจผู้ป่วย - ไม่ควรวิจารณ์หรือแสดงอารมณ์โต้ตอบกับผู้ป่วย - แนะนำญาติถึงวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ชัดเจน ไม่คลุมเครือ และลดการใช้อารมณ์รุนแรงในครอบครัว
6. ญาติให้การดูแลผู้ป่วยมากเกินไป	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ถึงแม้จะมีการเจ็บป่วย - ปรับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวให้เหมาะสม ไม่กระตุ้น หรือปล่อยผู้ป่วยมากเกินไป - ช่วยฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม - ช่วยฝึกทักษะการดูแลตนเอง การช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัวอย่างเหมาะสม - ช่วยพาผู้ป่วยเข้าสังคมและร่วมกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชนและสังคม
<p>ด้านชุมชน</p> <p>1. ทักษะคติทางลบของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย หวาดกลัว รังเกียจ และไม่ดูแลผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้แก่ชุมชน เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจิตเภท และการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยจิตเภท และคนในชุมชน - เน้นชุมชนให้ตระหนักถึงผลเสียและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปล่อยปละละเลยผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายคนในชุมชน จึงควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแล

1.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแล

2.2 ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่บ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และภาวะการดูแลโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

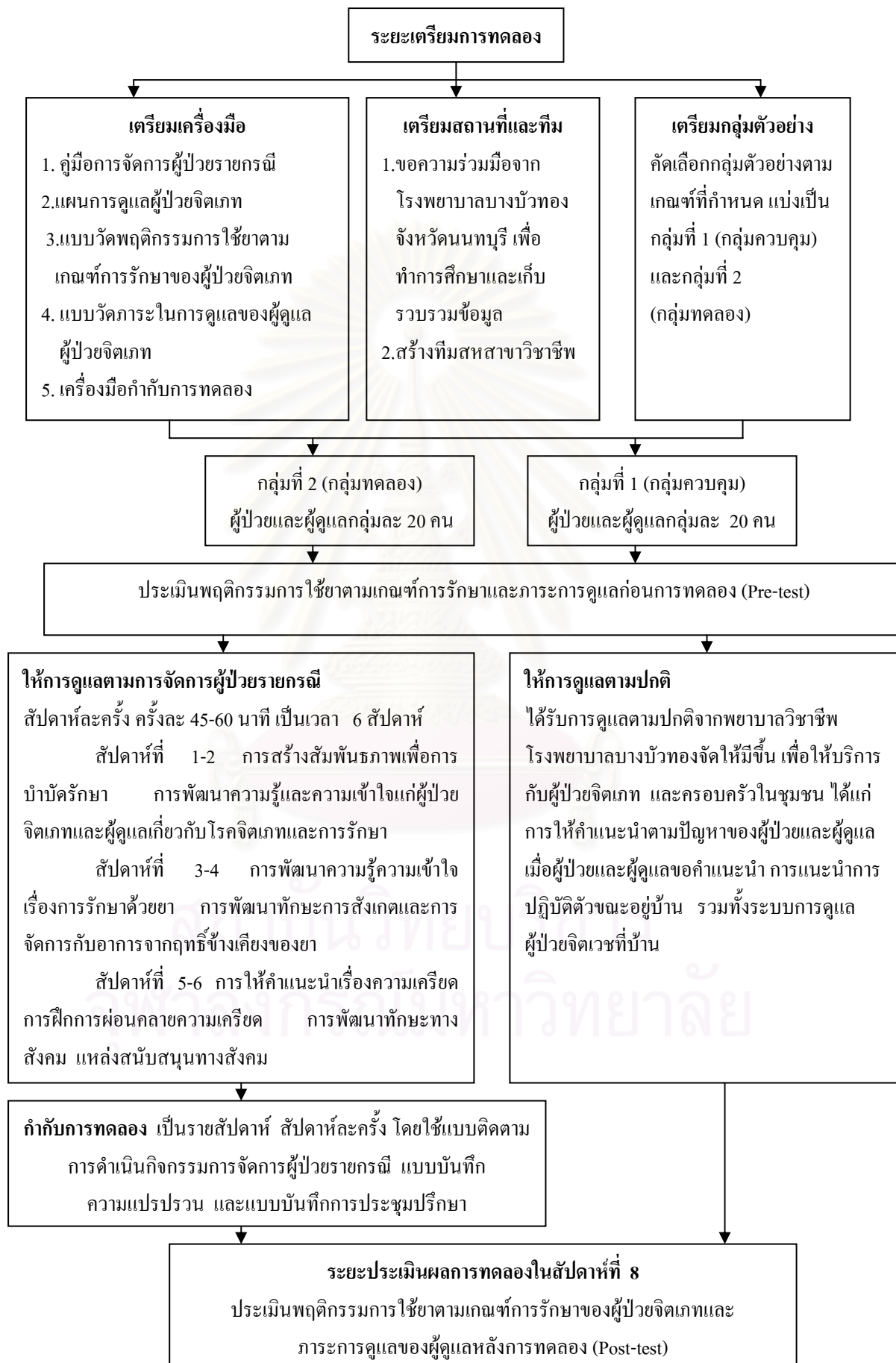
ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ทั้งกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) กลุ่มละ 20 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และจำนวนและร้อยละของภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตอนที่ 1 ลักษณะ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแล เมื่อเจ็บป่วย ผลกระทบที่ได้รับจากยารักษาอาการทางจิต (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) (n = 20)		กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	10	50.00	10	50.00	20	50.00
หญิง	10	50.00	10	50.00	20	50.00
อายุ						
20-30 ปี	5	25.00	1	5.00	6	15.00
31-40 ปี	6	30.00	9	45.00	15	37.50
41-50 ปี	7	35.00	4	20.00	11	27.50
51-60 ปี	2	10.00	6	30.00	8	20.00
สถานภาพสมรส						
โสด	16	80.00	15	75.00	31	77.00
คู่	2	10.00	1	5.00	3	7.50
หม้าย	1	5.00	3	15.00	4	10.00
หย่า	0	0.00	0	0.00	0	0.00
แยกกันอยู่	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	10.00	6	30.00	8	20.00
ประถมศึกษา	7	35.00	8	40.00	15	37.50
มัธยมศึกษา	6	30.00	4	20.00	10	25.00
อนุปริญญา	4	20.00	1	5.00	5	12.50
ปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00	2	5.00

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) (n = 20)		กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
ว่างงาน	16	80.00	19	95.00	35	87.50
รับราชการ	0	0.00	0	0.00	0	0.00
เกษตรกรรม	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รับจ้าง	3	15.00	1	5.00	4	10.00
ค้าขาย	0	0.00	0	0.00	0	0.00
แม่บ้าน	1	5.00	0	0.00	1	2.50
รายได้						
มีรายได้	7	40.00	1	5.00	8	20.00
ไม่มีรายได้	13	65.00	19	95.00	32	80.00
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
1-5 ปี	5	25.00	1	5.00	6	15.00
6-10 ปี	4	20.00	3	15.00	7	17.50
11-15 ปี	7	35.00	6	30.00	13	32.50
16-20 ปี	2	10.00	5	25.00	7	17.50
มากกว่า 20 ปี	2	10.00	5	25.00	7	17.50
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา						
1 -2 ครั้ง	9	45.00	4	20.00	13	32.50
3-5 ครั้ง	10	50.00	14	70.00	24	60.00
มากกว่า 5 ครั้ง	1	5.00	2	10.00	3	7.50

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) (n = 20)		กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย					
บิดาหรือมารดา	12	60.00	8	40.00	20	50.00
สามีหรือภรรยา	2	10.00	0	0.00	2	5.00
พี่หรือน้อง	4	20.00	4	20.00	8	20.00
บุตร	1	5.00	5	25.00	6	15.00
ญาติ	1	5.00	3	15.00	4	10.00
ผลกระทบที่ได้รับจากยารักษา						
อาการทางจิต						
น้อย	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ปานกลาง	12	60.00	12	60.00	24	60.00
มาก	5	25.00	5	25.00	10	25.00

จากตารางที่ 2 พบว่า

เพศ ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเพศหญิง

อายุ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 45.00 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 75.00

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 40.00 ตามลำดับ

อาชีพ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 95.00 ตามลำดับ

รายได้ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 65.00 และ 95.00 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 เจ็บป่วยเป็นระยะเวลา 11-15 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 30.00 ตามลำดับ

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนครั้ง 3-5 ครั้ง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 70.00 ตามลำดับ

ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 40.00 ตามลำดับ

ผลกระทบที่ได้รับจากยารักษาอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 ได้รับผลกระทบจากยารักษาอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 60.00



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) (n = 20)		กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	6	30.00	7	35.00	13	32.50
หญิง	14	70.00	13	65.00	27	67.50
อายุ						
20-30 ปี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
31-40 ปี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
41-50 ปี	5	25.00	2	10.00	7	17.50
51-60 ปี	7	35.00	7	35.00	14	35.00
มากกว่า 60 ปี	6	30.00	7	35.00	13	32.50
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10.00	4	20.00	6	15.00
คู่	15	75.00	11	55.00	26	65.00
หม้าย	3	15.00	5	25.00	8	20.00
หย่า	0	0.00	0	0.00	0	0.00
แยกกันอยู่	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	4	20.00	4	20.00	8	20.00
ประถมศึกษา	9	45.00	10	50.00	19	47.50
มัธยมศึกษา	3	15.00	6	30.00	9	22.50
อนุปริญญา	2	10.00	0	0.00	2	5.00
ปริญญาตรี	2	10.00	0	0.00	2	5.00

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) (n = 20)		กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
ว่างงาน	2	10.00	0	0.00	2	5.00
รับราชการ	1	5.00	0	0.00	1	2.50
เกษตรกรรวม	2	10.00	12	60.00	14	35.00
รับจ้าง	6	30.00	6	30.00	12	30.00
ค้าขาย	8	40.00	2	10.00	10	25.00
แม่บ้าน	1	5.00	0	0.00	1	2.50
ความเพียงพอของรายได้						
มีรายได้	20	100.00	20	100.00	40	100.00
ไม่มีรายได้	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
บิดาหรือมารดา	12	60.00	8	40.00	20	50.00
สามีหรือภรรยา	2	10.00	0	0.00	2	5.00
พี่หรือน้อง	4	20.00	4	20.00	8	20.00
บุตร	1	5.00	5	25.00	6	15.00
ญาติ	1	5.00	3	15.00	4	10.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1-5 ปี	5	25.00	1	5.00	6	15.00
6-10 ปี	3	15.00	5	25.00	8	20.00
11-15 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
16-20 ปี	4	20.00	2	10.00	6	15.00
มากกว่า 20 ปี	3	15.00	7	35.00	10	25.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
1-2 คน	7	35.00	5	25.00	12	30.00
3-4 คน	9	45.00	7	35.00	16	40.00
มากกว่า 4 คน	4	20.00	8	40.00	12	30.00

จากตารางที่ 3 พบว่า

เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 65.00 ตามลำดับ

อายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.00 เท่ากัน

สถานภาพสมรส ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีสถานภาพสมรสคู่ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 55.00 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 50.00 ตามลำดับ

อาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 ประกอบอาชีพค้าขาย และ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 60.00 ตามลำดับ

รายได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีรายได้เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เท่ากัน

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดา เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 40.00 ตามลำดับ

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1-5 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากัน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 มีสมาชิกในครอบครัว เป็น 3-4 คน และ มากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 และร้อยละ 40.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (n = 20)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติในระดับต่ำสุด	0	0.00	0	0.00
ปฏิบัติในระดับต่ำ	0	0.00	0	0.00
ปฏิบัติในระดับปานกลาง	11	55.00	0	0.00
ปฏิบัติในระดับดี	9	45.00	4	20.00
ปฏิบัติในระดับดีมาก	0	0.00	16	80.00

จากตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 ก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00 และระดับดี ร้อยละ 45.00 หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.00 และระดับดีมาก ร้อยละ 80.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติในระดับต่ำสุด	0	0.00	0	0.00
ปฏิบัติในระดับต่ำ	1	5.00	4	20.00
ปฏิบัติในระดับปานกลาง	12	60.00	9	45.00
ปฏิบัติในระดับดี	6	30.00	6	30.00
ปฏิบัติในระดับดีมาก	1	5.00	1	5.00

จากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 ส่วนที่เหลือ อยู่ในระดับต่ำ ระดับดีและระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 5.00, 30.00 และ 5.00 ตามลำดับ หลังการทดลอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับต่ำ ระดับดี และระดับดีมาก ร้อยละ 20.00, 30.00 และ 5.00 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (n = 20)

ระดับภาระการดูแล	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาระการดูแลมากที่สุด	0	00.00	0	0.00
ภาระการดูแลมาก	4	20.00	0	0.00
ภาระการดูแลปานกลาง	15	75.00	2	10.00
ภาระการดูแลน้อย	1	5.00	14	70.00
ภาระการดูแลน้อยที่สุด	0	0.00	4	20.00

จากตารางที่ 6 พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 ก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 75.00 ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับมากและระดับน้อย ร้อยละ 20.00 และ ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 70.00 ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับน้อยที่สุด และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 และ 10.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของภาวะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ระดับภาวะการดูแล	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการดูแลมากที่สุด	0	00.00	0	0.00
ภาวะการดูแลมาก	8	40.00	4	20.00
ภาวะการดูแลปานกลาง	11	55.00	16	80.00
ภาวะการดูแลน้อย	1	5.00	0	0.00
ภาวะการดูแลน้อยที่สุด	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 7 พบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองมีภาวะการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00 ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับมากและระดับน้อย ร้อยละ 40.00 และ ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ หลังการทดลอง ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา		ระดับ	df	t
	\bar{X}	S.D.			
พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	62.00	11.43	ปานกลาง	19	6.72*
หลังการทดลอง	83.00	4.10	ดีมาก		
การใช้ยาตามแผนการรักษา					
ก่อนการทดลอง	29.90	5.84	ปานกลาง	19	7.25*
หลังการทดลอง	41.10	2.07	ดีมาก		
ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา					
ก่อนการทดลอง	32.10	6.38	ดี	19	5.50*
หลังการทดลอง	41.90	2.36	ดีมาก		

(* p < .01)

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ (\bar{X} = 83.00, 41.10 และ 41.90 ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} = 62.00, 29.90 และ 32.10 ตามลำดับ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา		ระดับ	df	t
	\bar{X}	S.D.			
พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	59.00	10.65	ปานกลาง	19	-1.25
หลังการทดลอง	55.20	12.66	ปานกลาง		
การใช้ยาตามแผนการรักษา					
ก่อนการทดลอง	28.40	5.95	ปานกลาง	19	-.95
หลังการทดลอง	26.75	7.35	ปานกลาง		
ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการ จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา					
ก่อนการทดลอง	30.60	5.50	ปานกลาง	19	-1.36
หลังการทดลอง	28.45	6.32	ปานกลาง		

(* p < .01)

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ (\bar{X} = 55.20, 26.75 และ 28.45 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 59.00, 28.40 และ 30.60 ตามลำดับ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t
พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาโดยรวม								
กลุ่มที่ 2	62.00	11.43	38	-.86	83.00	4.10	38	-9.34*
กลุ่มที่ 1	59.00	10.65			55.20	12.66		
การใช้ยาตามแผนการ รักษา								
กลุ่มที่ 2	29.90	5.84	38	-.80	41.10	2.07	38	-8.40*
กลุ่มที่ 1	28.40	5.95			26.75	7.35		
ความสามารถในการ สังเกตและการจัดการ กับอาการจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา								
กลุ่มที่ 2	32.10	6.38	38	-.80	41.90	2.36	38	-8.92*
กลุ่มที่ 1	30.60	5.50			28.45	6.32		

(* p < .01)

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่แตกต่าง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการทดลองของกลุ่มที่ 2 (\bar{X} = 83.00, 41.10 และ 41.90 ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มที่ 1 (\bar{X} = 62.00, 29.90 และ 32.10 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง หลังการทดลองของกลุ่มที่ 1 ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ภาระการดูแล โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล		ระดับ	df	t
	\bar{X}	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	74.60	9.20	ปานกลาง	19	- 10.04*
หลังการทดลอง	46.55	11.21	น้อย		
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	40.85	4.50	ปานกลาง	19	- 11.34*
หลังการทดลอง	24.80	4.55	น้อย		
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	33.75	5.67	ปานกลาง	19	- 7.35. *
หลังการทดลอง	21.75	7.56	น้อย		

(* p < .01)

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} = 46.55, 24.80 และ 21.75 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} = 74.60, 40.85 และ 33.75 ตามลำดับ)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง

ภาระการดูแล โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล		ระดับ	df	t
	\bar{X}	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	76.75	10.90	ปานกลาง	19	1.67
หลังการทดลอง	77.30	9.33	ปานกลาง		
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	40.35	4.90	ปานกลาง	19	.64
หลังการทดลอง	41.50	4.70	ปานกลาง		
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	36.40	6.86	ปานกลาง	19	-.34
หลังการทดลอง	35.80	5.86	ปานกลาง		

(* $p < .01$)

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแล ทั้งภาระโดยรวม และภาระเชิงอัตนัย หลังการทดลอง ($\bar{X}=77.30$ และ 41.50) สูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นภาระเชิงปรนัย ($\bar{X}=36.40$) ต่ำกว่าการทดลอง ($\bar{X}=35.80$)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)

ภาระการดูแล โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t
ภาระโดยรวม								
กลุ่มที่ 2	74.60	9.20	38	.67	46.55	11.21	38	9.43*
กลุ่มที่ 1	76.75	10.90			77.30	9.33		
ภาระเชิงอัตนัย								
กลุ่มที่ 2	40.85	4.50	38	-.34	24.80	4.55	38	11.42*
กลุ่มที่ 1	40.35	4.90			41.50	4.70		
ภาระเชิงปรนัย								
กลุ่มที่ 2	33.75	5.67	38	1.33	21.75	7.56	38	6.57*
กลุ่มที่ 1	36.40	6.86			35.80	5.86		

(* $p < .01$)

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มที่ 2 (\bar{X} =46.55, 24.80 และ 21.75 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มที่ 1 (\bar{X} =74.60, 40.85 และ 33.75 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มที่ 1 ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาระการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลมารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เข้าร่วมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงกันหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns & Grove, 2001) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับขนาดกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแลผู้ป่วย

แบบบันทึกการประชุมปรึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1.1 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ผ่านการตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน เนื้อหาในคู่มือ แนวคิดและหลักการพื้นฐานของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 แผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenic Patients in Community) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแผนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ที่มีผู้เคยจัดทำไว้มาประกอบการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากยาการรักษาอาการทางจิต

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบแบบสอบถามที่ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของ เพชรวิ คันทสายบัว (2544) ประกอบด้วยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 2 ด้าน ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา และความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไป

คำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความ เรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 4 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย มีข้อความรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมในแผนการดูแลผู้ป่วย และติดตามความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับเนื้อหาในการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 ขั้นตอน คือ การสร้างทีมงานเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย การร่วมกันประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล การดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย การประสานงานและติดตามกำกับดูแล และการประเมินผลครั้งสุดท้ายและยุติการดูแล มีลักษณะเป็นแบบ check list

3.2 แบบบันทึกความแปรปรวนของแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสาเหตุที่เกิดขึ้น รวมทั้งบันทึกการดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีลักษณะเป็นแบบ check list

3.3 แบบบันทึกการประชุมปรึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาในการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งแบบบันทึกการประชุมปรึกษาคควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ซึ่งเครื่องมือกำกับกับการทดลองทั้ง 3 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ เรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทำการศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม
2. เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
3. เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
4. สร้างทีมงานและจัดทำแผนการดูแล (Clinical pathway) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ลงฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบางบัวทอง มีการจัดการประชุมเพื่อให้ความเห็นชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดทำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และแผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway)

ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก พิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ทำการประเมินจากการพูดคุยและซักถามข้อมูลจากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้อง

จากการชักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการขอคู่มือระเบียบเพิ่มประวัติของผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน กิจกรรมได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลคำแนะนำการแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต คำแนะนำการดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home health care)

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมินแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ นำข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวินิจฉัยปัญหาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่รวบรวมได้และวางแผนให้การดูแล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. ดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะใช้ Clinical pathway เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในฐานะผู้บำบัดรักษา โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญ

ความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

4. การประสานงานการดูแลรักษา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ โดยการจัดประชุมปรึกษารายสัปดาห์

5. การติดตามกำกับคุณภาพการดูแล โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแลเป็นระยะ โดยติดตามรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน เมื่อพบปัญหา ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมกันปรึกษาหาแนวทางการแก้ไข

6. เฝ้าระวังและบันทึกความแปรปรวนในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี เมื่อมีปัญหาและความแปรปรวนเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีแจ้งให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม และดำเนินการตามแนวทางในขั้นตอนนั้นร่วมกันอีกครั้ง จนกว่าจะมีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการดูแล

ระยะประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดูแล ผู้วิจัยทำการประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแล โดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล ภายหลังจากการดำเนินการทดลอง 2 สัปดาห์ (Post-test)

เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสรุปผลการดำเนินงานรายงานต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแล

1.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และภาวะการดูแลอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก

1.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและภาวะการดูแลโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลอีกครั้ง (Post-test) แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และภาวะการดูแลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแล

2.2 ภายหลังจากตอบแบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และภาวะการดูแลโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัด พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดภาวะการดูแลอีกครั้ง (Post-test) แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้ง 2 ด้าน คือ ด้าน การใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น กลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภตกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะการดูแลโดยรวมและรายด้านทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

4. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น กลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีภาวะการดูแลโดยรวมและรายด้านทั้ง

2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้น และมีผลทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษานี้เป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

1. จากการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภตกุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง สรุปปัญหาที่พบหลังการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าผู้ป่วยจิตเภทย่อยไม่ยอมรับประทานยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาเองเมื่อมีอาการ หรือรับประทานยาเกินขนาด และผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต เช่น ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักเพิ่ม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะปรึกษาปัญหาหรือสอบถามข้อสงสัย เนื่องจากไม่มีแพทย์หรือพยาบาลที่ทำงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นต้น อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมาเป็นระบบการดูแลในเชิงตั้งรับ ไม่มีการติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยส่วนมากยังมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เช่น การเรียนการทำงานบกพร่อง ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดพฤติกรรมแยกตัว ไม่พบปะผู้คน ไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ หมกมุ่นอยู่กับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีความทุกข์ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตพบว่า หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) มาใช้ พบว่าสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs) การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ และเป็นปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท นับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องใช้เวลานาน และมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ซึ่งยารักษาอาการทางจิตมีฤทธิ์ข้างเคียงของยาก่อนข้างมากและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและเมื่อการรับประทานยาเป็นเวลานาน ๆ ดังนั้นการดูแลตนเองในการรับประทานยาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย ถ้าจะให้เกิดการพยาบาลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การพยาบาลจะต้องจัดกระทำครอบคลุมทุกสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือผู้ดูแล มีกิจกรรมที่มีเป้าหมายการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลต่อเนื่องและการยอมรับและต้องการการรักษา (Cramer & Rosenheck, 1998)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสม และบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วย ที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed Care) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546) มีการวางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดูแลตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยราย

กรณี เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงานและกำกับดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด ใช้แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แผนการดูแลผู้ป่วยที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ออกแบบการดูแลร่วมกัน ให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแผนการดูแลผู้ป่วยได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งแผนการดูแลนี้เป็นที่ยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยแบบองค์รวมและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาโดยมีปฏิสัมพันธ์การดูแลทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ในการดำเนินการที่บ้านผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่ให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทั้ง 9 สมรรถนะ ตามที่องค์การพยาบาลกำหนดไว้ และสมรรถนะที่สำคัญที่สุดคือ สมรรถนะด้านที่ 1 คือ ความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management) ซึ่ง Care management และ Case management ในเอกสารวิชาการและงานวิจัย มีความหมายที่คล้ายคลึงกัน Care management หมายถึง การจัดระบบการดูแลผู้ป่วย การประสานความร่วมมือในการดูแลเพื่อจะลดสิ่งที่ไม่จำเป็นในการให้บริการ เพื่อส่งเสริมความมีอิสระและการพึ่งพาตนเอง ลดค่าใช้จ่ายหรือภาวะเสี่ยง ถือว่าเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Sharon & Tanya , 2004) ซึ่งหมายความว่าผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีต้องมีความสมรรถนะในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ตามแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ นอกจากนี้สมรรถนะด้านอื่น ๆ ของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ ความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) นอกจากนี้ยังต้องใช้ทักษะในการประสานงาน (Collaboration) การสอน (Educating) การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

การดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่บ้านผู้ป่วยจิตเภท ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ดำเนินกิจกรรมในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การพัฒนาทักษะ

การจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม และมีการประสานการดูแลรักษากับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น และเมื่อครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่จึงลดลง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ แวนดาว วงศ์สุรประภิต และคณะ (2549) ที่ทำการวิจัย เพื่อศึกษาผลการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวถึง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และ Nathan & Gordon (1998) ที่ทำการศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และ อัมพัน หิรัญอุทก (2547) ที่ทำการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีความสำคัญ และควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภท จึงแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทได้

นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านในระยะเวลา 6 สัปดาห์ จะต้องมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น เริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการศึกษาของ Hopkins M.R. (2006) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การสร้างความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งการสร้างความร่วมมือในการรักษาและการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีควรมีทักษะเรื่องการติดต่อสื่อสารและการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Paul M. et al. (2000) ที่ศึกษาถึงทักษะของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการประเมินและการบริหารจัดการผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดลง แสดงให้เห็นว่า

ทักษะการติดต่อสื่อสารและการประสานงานของผู้ป่วยจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต (\bar{X} = 83.00, 41.10 และ 41.90 ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} = 62.00, 29.90 และ 32.10 ตามลำดับ) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และการใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และ 2) ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ในการวิจัย พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น เนื่องจากกิจกรรมการดูแลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งปัจจัยดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตั้งแต่ระยะเตรียมการทดลอง ถึงระยะดำเนินการทดลอง เนื่องจากในการดำเนินการมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตและมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ สาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยจะสามารถดูแล

ตนเองด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสาร มีการเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา และการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และมีการประสานงานกับแพทย์และเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกรณีที่พบปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา นอกจากนี้มีการฝึกทักษะในการคิดแก้ไขปัญหา การสังเกตอาการนำของการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการกับอาการนำของการป่วยซ้ำ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ตระหนักถึงปัญหา และรู้สึกคลายความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทอีกปัจจัยที่มีความสำคัญคือ การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันปัญหาต่าง ๆ ในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนมีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน และมีความจำเพาะ แบ่งอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับปกติ หรือคงที่ ผู้ป่วยรู้ว่าอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้ 2) ระดับปานกลาง ผู้ป่วยคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิด ไม่หลับ ระวังคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร และ 3) ระดับรุนแรง ผู้ป่วยคิดกลัว หวาดระแวง ประสาทหลอน การจำแนกอาการเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเตรียมตนเองในเรื่องความรู้ของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือน มีแนวทางในการจำแนกอาการเตือน และวางแผนปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้ ซึ่งเห็นได้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะดำเนินการทดลองที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ดำเนินการเรื่องต่างๆ เหล่านี้ การทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้ยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยา เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone & Geddes, 1994)

2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติ คำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและอาการข้างเคียง เป็นการให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยเมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการดูแลแบบเดิมที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ซึ่งเป็นการสอนหรือให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งอาจจะไม่

ครอบคลุมเรื่องที่สำคัญ ประกอบกับการสอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมด และเป็นการได้รับการอธิบายอย่างรวดเร็วและจำกัดด้วยเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลไม่ได้หมด ทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในแผนการรักษา และส่วนใหญ่จะได้รับเพียงคำแนะนำในเรื่องที่สอบถามเท่านั้น และผู้ป่วยบางรายไม่กล้าที่จะสอบถามข้อมูลการรักษาจากทีมสุขภาพ ทำให้ไม่มีการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดสัมพันธภาพความร่วมมือในการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างใกล้ชิดเหมือนกับผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจเหมือนเช่นกลุ่มที่ 2 ได้รับ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ 1 ไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. จากการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ก่อนดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก และจากการสรุปปัญหาของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าญาติมีความกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษา ไม่กล้าให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง กลัวผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ ญาติรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อผู้ดูแลได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า ทั้งภาวะโดยรวม และรายด้านภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} =46.55, 24.80 และ 21.75 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (\bar{X} =74.60, 40.85 และ 33.75 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวทางการให้บริการอย่างเป็นระบบ เน้นการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ให้บริการ ในสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อจะมุ่งให้การบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง Pai & Kapur (1982) ทำการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกเดือร้อนน้อยลงและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ครอบครัว ได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยและเป็นการลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งแนวทางการลดภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช (Elliot , 1998 ; Dunkin, 1998) คือ

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient interaction) เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การฝึกพฤติกรรมบำบัด ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆ แก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น จะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลงตามมา และอีกแนวทางคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver interaction) โดยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม การให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิต และวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิต ทักษะการดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาระการดูแลลดลงได้ ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกเป็นภาระและความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomson et al., (1993) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และลดภาระการดูแลได้

ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำหน้าที่ผู้ให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยผู้ดูแล โดยใช้บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งมีกิจกรรมที่พัฒนาความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการแนะนำเรื่องการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น และเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนและประคับประคองทางจิตใจแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมัวที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham & Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) พบว่าครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความ

ทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาวะและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai & Kapur (1981) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้หรือข้อมูลจากพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery, et al., 1985) นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง ทำให้มีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยด้านผู้ดูแลและครอบครัวที่ทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว, 2544)

เมื่อพิจารณาคะแนนภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 พบว่า หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คะแนนภาระการดูแลเชิงอัตนัยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากภาระการดูแลเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งกระบวนการในการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ เช่น ในระยะประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละครอบครัว จะมีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และในระยะดำเนินการแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีบทบาทในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ดูแล เช่น ในสัปดาห์ที่ 1-2 มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Anderson et al., 1980) ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในระยะสัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต และทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 5-6 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985) อ้างถึงใน

ที่ปีประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomson et al., (1993) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และลดภาระการดูแลได้ และ Aberg W.A. et al. (1995) ที่ศึกษาถึง ผลลัพธ์ของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการดูแลจากจิตแพทย์ร่วมด้วย รูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ทีมสุขภาพได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น มีการวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วย อยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการฟื้นฟูตนเองด้วย ด้านญาติผู้ดูแลพบว่า มีภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของผู้ป่วยและทีมสุขภาพจิต ขนาดของเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณี สรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาคะแนนภาระการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คะแนนภาระการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ต่ำกว่าก่อนการได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากภาระการดูแลเชิงปรนัยเป็นการรับรู้ระดับความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในสัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ความยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งการชี้ให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์และแนวทางในการรักษาผู้ป่วย จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ดูแล นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ประกอบกับกิจกรรมการให้ความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นการเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย ลดเวลาและความยุ่งยากในการดูแล และมีการฝึกเรื่องทักษะการสื่อสารในเชิงบวกและการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ในส่วนของสัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและการสังเกตอาการเตือน จะทำให้ผู้ดูแล

มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงประนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) สำหรับในสัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำเรื่องการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985)

นอกจากนี้การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้น จะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงประนัยลดลง (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) และหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ทรงผาสุข (2547) ได้ทำโครงการศึกษาอิสระ พบว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ Braun & Rose (1994) ได้ทำการศึกษากิจการผู้ป่วยรายกรณีต่อการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ดูแลมีการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ภาระการดูแลเชิงประนัย (subjective) ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Maryanne et al. (1999) ที่ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ทำการสุ่มให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีรูปแบบต่าง ๆ ผลการทดลองพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในรูปแบบต่างๆ สามารถเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาระการดูแลโดยรวมและคะแนนภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงประนัย ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ไม่ได้รับการพยาบาลที่จะทำให้ความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแลลดลง เนื่องจากผู้ดูแลและทีมสุขภาพไม่มีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย คำแนะนำเกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Home health care) เป็นการให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุม และผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ส่วน

ใหญ่จะได้รับเพียงคำแนะนำในเรื่องที่สอบถามเท่านั้น ไม่มีการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี นอกจากนี้ผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ยังไม่ได้รับการพัฒนาความแข็งแกร่งของความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ ขาดการได้รับคำแนะนำเรื่องกลุ่มสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ในสังคม ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคมอย่างใกล้ชิดเหมือนกับกลุ่มที่ 2 ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ กลุ่มสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัวตามที่กล่าวมา นี้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ 1 ไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

จากการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น พบว่าโรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะจิตแพทย์ นอกจากนี้ยังไม่มีพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความชำนาญที่จะให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยในชุมชนหลายคนมีประวัติการป่วยซ้ำ ขาดทักษะในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่สามารถช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัวและประกอบอาชีพได้ จึงก่อให้เกิดการป่วยซ้ำและญาติรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย จากการนำระบบการดูแลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีการปรับระบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ชัดเจนขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแผนการดูแลผู้ป่วยและแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันสร้าง ขึ้น และปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและขีดความสามารถของทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งในบทบาทการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทผู้ประสานงาน ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management) การประสานความร่วมมือในการดูแลเพื่อจะลดสิ่งที่ไม่จำเป็นในการให้บริการ เพื่อส่งเสริมความมีอิสระและการพึ่งพาตนเอง ลดค่าใช้จ่ายหรือภาวะเสี่ยง เป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Sharon & Tanya , 2004)

ดังนั้น สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลภายใต้การประสานงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มุ่งเน้นในการดูแลที่ผู้ป่วย มีการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆ กัน โดยผ่านการมี

สัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดหาการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลตนเองได้มากขึ้น และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข สอดคล้องกับที่ Powell (2000) ได้กล่าวว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านคลินิก ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านคลินิกที่ดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านการจัดการ การบริหารและระบบ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ดีขึ้น ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางการเงินและจิตสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากการศึกษาพบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการวิจัยครั้งนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแล จึงถือว่าเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พยายามจัดเวชสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชนที่มีความพร้อมในการดำเนินการ
2. จากการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบปัญหาด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากบุคลากรมีงานประจำ ทำให้มีปัญหาการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรมีการปรับแผนการประชุมทีม พยายามสามารถปรับรูปแบบ และระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้น ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว และสิ่งสำคัญคือการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบ นอกจากนั้นยังสามารถนำการดูแลรูปแบบนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชหรือผู้ป่วยอื่น ๆ
3. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่กล้าที่จะปรึกษาปัญหาหรือสอบถามข้อสงสัย เนื่องจากไม่มีแพทย์หรือพยาบาลที่ประจำในหน่วยบริการสุขภาพจิต ดังนั้นควรมีหน่วยให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อที่จะได้รับรู้สภาพปัญหาของผู้ป่วย และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา การนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล พยายามต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี และดำรงความสัมพันธ์ที่ดีไว้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย

จิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. จากการสรุปปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่า ปัญหาด้านผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือ แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ช่วยเหลือกิจกรรมครอบครัว และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วย ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs) การเตรียมการเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

5. จากการสรุปปัญหาในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษา ผู้ดูแลมีความเครียด เหนื่อยล้าในการดูแล และมีทัศนคติทางลบว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล บางครอบครัวมีการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป เนื่องจากไม่เข้าใจถึงการเจ็บป่วยว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนได้นั้น การดูแลและความเข้าใจจากญาติเป็นสิ่งสำคัญ เพราะญาติเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท และบทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลเพื่อลดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ย่งยาก เช่น การให้คำปรึกษา การเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ดูแลได้ซักถามและขอคำแนะนำในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน ที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแลเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขว่าจะได้ผลเช่นเดียวกันหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลึกเป็นกรณีศึกษา ถึงผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ว่ามีปัจจัยด้านใดบ้าง ที่นำมาซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันการป่วยซ้ำ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรณีการ์ เย็นสุข. (2544). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์มาลดความถี่ต่อความถี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบวิชาการสอนการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัดทางการแพทย์จิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโท สาขาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จลี เจริญสรรพ. (2539). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษายากในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานผลการวิจัยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 7(3): 147-154.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษายากในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ . (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 : (มกราคม-มิถุนายน).
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์. (2546). การจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และ คณะ. (2547). นวัตกรรมจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547.

- จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์หา ชีระสมบุรณ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์หา ศรีวิศาล และ นพรัตน์ ไชยธานี. (2548). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวัน
นอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ
และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 19(1): 48.
- จันทร์หา ศรีวิศาลและคณะ. (2549). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิผู้
ชุมชนโดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 5 ปี 2549.
- ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย (33) : 99 – 105.
- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวาพร พู่เฟื่อง. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยา
อาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน.
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษา
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทัศนาศ นฤทอง. (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล.
- นงนุช แต่งสิงห์ตรง และสุดคนึง ปลั่งพงษ์พันธ์ (2549). **ผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท : การศึกษานำร่องในโรงพยาบาลศรีธัญญา**. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549.
- นงนุช แทนบุญไพรัช และคณะ (2547). **ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชื่นสมนสุขะชีวิน.(2536). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู**. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 11 (1) : 29-40.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). **ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง**. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 12(3): 141-149.
- ประไพศรี บูรณางกูร. (2538). **การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต**. รายงานการวิจัยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต.
- ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ และคณะ. (2546). **รายงานการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทรศักดิ์และคณะ. (2539). **การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา* 4(2): 136-138.
- ไพรัตน์ พลุกษาชาติคุณากร. (2534). **จิตเวชศาสตร์เล่มที่ 4**. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สวงวนสิน. (2545). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9 (3): 113 – 127.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2543). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญ การพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุวีชาญการพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต. การวิเคราะห์รายงาน การวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13 (1) : 19 -25.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามธิบดี พยาบาลสาร 1 : 84 – 94.
- เรวดี ศิรินคร และคณะ.(2543). **Case Management**. การประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 2 โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ค . กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.
- ลัดดา สักดาเดชฤทธิ์. (2546). **การประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management**. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2546.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ มารักษา.(2548). การศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อความพึงพอใจในบริการ และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). บทบาทพยาบาลจิตเวชในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. วารสารพยาบาล 51 (4) ตุลาคม- ธันวาคม : 174 – 182.
- วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์.(2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา**. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
- แววดาว วงศ์สุรประภิตและคณะ (2549). **การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูก ล่ามขัง : กรณีศึกษา**.การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ปี 2549.
- สมคิด ตีร์ราที. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : วีเจพริ้นท์ติ้ง.
- สมชาย จักรพันธุ์. (2543). แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธุพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยาต้านโรคจิต โรงพยาบาลศรีธัญญา. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). แนวทางการพยาบาลระบบบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- ศุวัชรีย์ ฐพิมาย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสาการวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- คันสนีย์ พูลผล. (2547). การศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2542). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่
และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13
(กรกฎาคม-ธันวาคม) : 32-44.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:
ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อร่ามศรี เกตจินดา. (2537). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความ
วิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์.(2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
จิตเภท ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกอุมา วิเชียรทอง (2545). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชที่บ้าน. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ปี 2545.
- อัญชลี ทรงผาสุข. (2547). การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อำพัน หิรัญอุทก. (2547). การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสารจำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Aberg,W.A. et al. (1995). Two year outcome of team-based intensive case management for
patients with schizophrenia. **Psychiatry Services** 46(12): 1263-1266.
- Agarwal,M.R. et al. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering from
Schizophrenia : A study to evaluate possible contributing factors . **Internal Journal
of Social Psychiatry** 44(2): 92-106.

- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.
- Austin, C.D. (1983). **Case Management I long-term care : options and opportunities**. Health And social work.
- Braun, K.L. and Rose, C.L. 1994. Testing the Impact on a Case Management Program on Caregiver Appraisal. **Jornal of Gerontological Social Work** 21 : 51-69.
- Brown, M. (1992). **Nursing case management issues and idea**. Health care management review. Maryland : An aspen.
- Bull, M.J. (1990). Factor influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12 : 758-776.
- Chan, S.C.W. et al. (2000). An evaluation of the implement of case management versus a routine community care organization for patient with chronic schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing** 31(1) : 144-156.
- Chen, A. (1991). Non-compliance in community: A review of clinical intervention. **Hospital and Community Psychiatry** 42(3): 282-287.
- Cohen, E. (1996). **Nurse Case Management in the 21st Century**. St.Louis : Mosby.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric** 64: 435-477.
- Cook, J.A., Heller, T. & Pickett, S.A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation** 48(4): 405-410.
- Crotty, P. and Kuly, R. (1996). Are schizophrenics a burden to their families? Significant others views. **Health Social Worker** 11 (3) : 173-188.
- Del Campo, E.J. et al. (1983). Rehospitalized schizophrenics : What they report about illness, treatment and compliance. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services** 21(6): 29-33.
- Dracup, K.A. and Meleis, A.I. (1982). Compliance : An interactionist approach . **Nursing Research** 31(1): 31-36.
- Elliot, D.P. (1998). Caregiving issues in patient with dementia. **Journal of Consultant Pharmacists** 13, supplement 11 A.

- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's families. **British Journal of Psychiatry** 158: 285-292.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health. **Irish Medication Journal** 92(6): 1-3.
- Fenton, W.S. et al. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia : Empirical and clinical findings. **Schizophrenia Bulletin** 23(4): 637-651.
- Fleischhacher, W.W. et al. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of Side effects. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 (supplement 382) : 11-15.
- George, L.K. and Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being : A multidimensional examination of family caregivers of dementia adult. **The Gerontologist** 26 : 253-259.
- Hopkins, M. and Ramsundar, N. (2006). Which factors predict case management services and how do these services relate to client outcomes? **Psychiatric Rehabilitation Journal** 29(3): 219-230.
- Horowitz, A.V. & Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12(5): 288-294.
- Irene, M.H. et al. (2003). The therapeutic alliance : the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 37 : 169-183.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing** 10(2): 77-84.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1995). **Comprehensive textbook of psychiatry**. 6th ed. Balltimore: Williams and Wikins.
- Kate, H. et al. (2002). The effect of Intensive Case Management on the relatives of patients with severe mental illness. **Psychiatric Services** 53(12): 1580-1591.
- Kumar, S. and Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India : Client's perspective. **Journal of Mental Health** 10(3): 279-284.

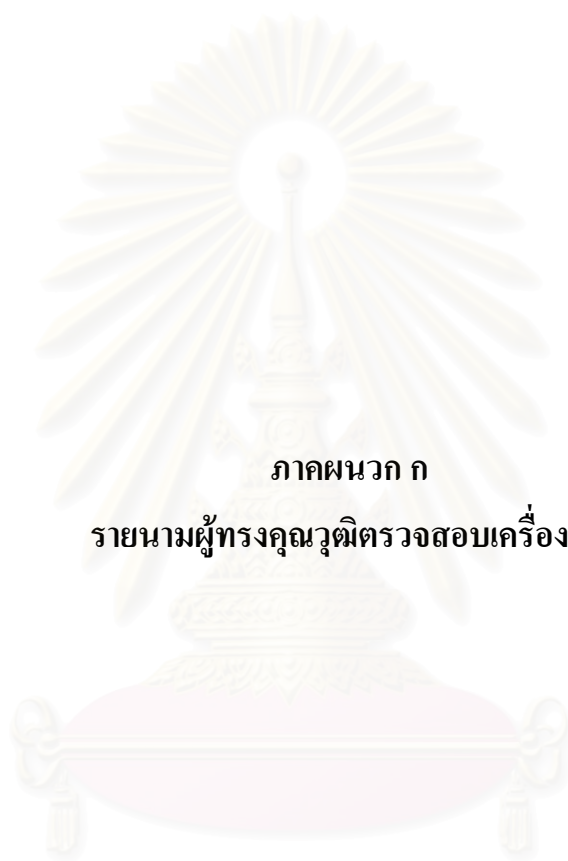
- Kumar,S.and Sedgwick,P. (2001). Can the factors influencing medication : Compliance report form Western populations be applied to an Eastern Indian context. **Journal of Mental Health** 10(3): 267-277.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Loukissa,D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness : A review of research studies. **Journal of Advanced Nursing** 21 : 248-255.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics**. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Marland,G.R and Cash,K. (2001). Long-term illness and patterns of medicine taking : are People with schizophrenia a unique group? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 8 : 197-204.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. **Research on Aging** 7(3): 137-152.
- Muesser,K.T. et al. (1998). Model of community care for severe mental illness : A review of research on case management. **Schizophrenia Bulletin** 24(1): 37-74.
- Nicholas A.H. et al.(2004). Impact of Multiple-Family Groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' Distress and resources . **Psychiatric Services** 55(1): 35-44.
- Oberst,M.T. et al. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing** 12 : 209-215.
- Oehl,M.H. and Fleischhacker,W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 102 (supplement) 407 : 83-86.
- O' Donnell et al.(1999). A study of client-focus care management and consumer advocacy : The community and consumer service project. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 33 (5) : 684-693.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of Psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. **Psychosocial Medicine** 15: 383-393.
- Polit,D.F. and Hungler,B.P. (1999). **Nursing Research : Principles and Methods**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Powell,S.K. (2000). **Nursing Case Management : A practical guide to success in managed care**. Philadelphia : Lippincott-Raven.

- Razalli,M.S. and Yahya. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : A drug intervention program in developing program. **Acta Psychiatrica Scandinavia** 91 : 331-335.
- Renton,C.A. et al. (1963).A follow up of schizophrenic patients in Edinburgh. **Acta Psychiatrica Scandinavia** 39 : 548-600.
- Rusher,S.M. et al. (1997). Psychiatric patients attitude about medicine and factor affecting noncompliance. **Psychiatric Service** January : 82-85.
- Sadock,J.B. and Sadock,A.V. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatric**. Philadelphia : Lippincort Williams and Wilkins.
- Salleh,M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatry Scandinavia** 89 : 180-185.
- Shelves, L.P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Suckett,D.L. et al. (1985). **Clinical Epidemiology : A basic Science for Clinical Medicine**. Boston: Brown and Company.
- Sullivan et al. (1995). Identifying modifiable risk factor for rehospitaliazation : A case control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry** 152 12 : 1749-1756.
- Taylor,C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. St.louis : Mosby Yearbook.
- Thomson,E.H. and Doll,W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill : An invisible crisis. **Family Relation** 31: 152-160.
- Tommy,B. and Hansson,K. (2000). How does case management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services. **Nord Journal Psychiatry** 54(6) : 441-446.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รศ. ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. พันเอกหญิง อัญชัญ ไพบูลย์ ผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลอานันทมหิดล
3. นางนพรัตน์ ไชยธานี พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์
4. นางสุชาดา หุณฑสาร พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิต
ชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาล
สามชุก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{15}{18} = 0.83$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา

$$CVI = \frac{7}{9} = 0.78$$

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

$$CVI = \frac{8}{9} = 0.89$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

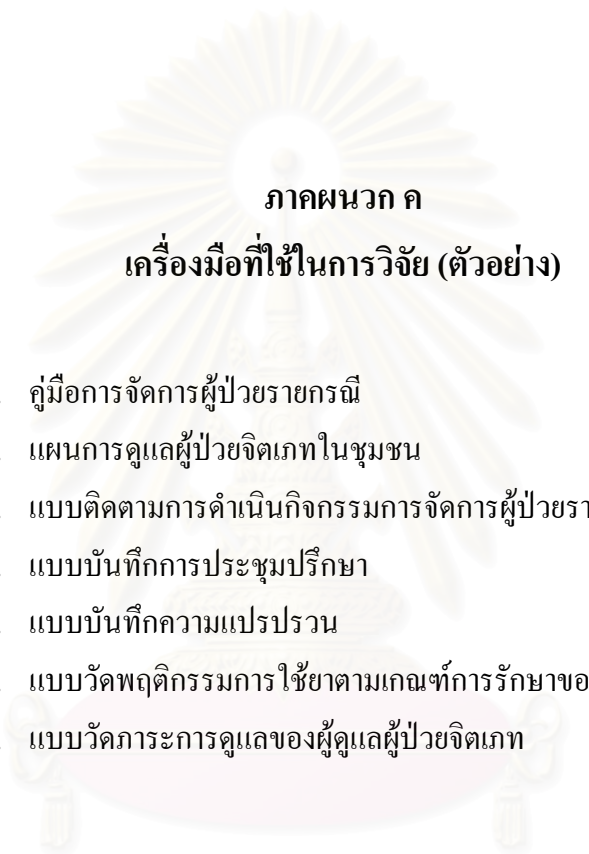
$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

5. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านภาระเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.92$$

6. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านภาระเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.92$$



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
2. แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
4. แบบบันทึกการประชุมปรึกษา
5. แบบบันทึกความแปรปรวน
6. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
7. แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย

1. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ

คำจำกัดความ

วิธีใช้คู่มือ

แนวคิด หลักการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

วัตถุประสงค์ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

องค์ประกอบสำคัญของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนการดำเนินการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลบางบัวทอง

แบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบติดตามการดำเนินกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แบบบันทึกการประชุมปรึกษา

แบบบันทึกความแปรปรวน



แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของทีมสหสาขาวิชาชีพ

CLINICAL PATHWAY FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1- 2		สัปดาห์ที่ 3 -4		สัปดาห์ที่ 5 -6
Expected outcomes	<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา - ไม่ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น - ดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น - มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทำงานบ้าน - - - - - - 		<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้เรื่องการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต - สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค และมีความรู้เรื่องอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และการจัดการ - สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต รวมทั้งแก้ไขอาการข้างเคียงเบื้องต้นได้ - - - - - - 		<p>ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นใน ชุมชนและมีสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม - ประกอบอาชีพตามศักยภาพได้ - สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค และมีทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อน อาการกำเริบ - - - - -

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1-2		สัปดาห์ที่ 3-4		สัปดาห์ที่ 5-6
Expected outcomes	<p>ญาติ/ ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย - ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือ ผู้ป่วย - 		<p>ญาติ/ ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นได้ - มีความรู้เรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ - - 		<p>ญาติ/ ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือและร่วมวางแผนการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีความพร้อมในการดูแล/ช่วยเหลือ ผู้ป่วย - สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ -
Assess & Consult	<ul style="list-style-type: none"> - ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (1,2) - ส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย (1) 		<ul style="list-style-type: none"> - ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (1,2) - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีจำเป็นหรือได้รับยาบางชนิด เช่น ลิเทียม ยาต้านชัก Clozapine (2) 		<ul style="list-style-type: none"> - ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมตามปัญหาของผู้ป่วย (1,2) - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีจำเป็นหรือได้รับยาบางชนิด เช่น ลิเทียม ยาต้านชัก Clozapine (2)

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1- 2		สัปดาห์ที่ 3 -4		สัปดาห์ที่ 5 -6
	- ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา/ การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย (1,2,3,4) - ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบวัด (2)		ผู้ป่วย (2) - ประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยา (1,2,3,4) - ประเมินภาวะใช้อารมณ์และการสื่อสารในครอบครัว (ภาวะ High E.E.) ในครอบครัว (2)		- ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (2) - ประเมินพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน (2) -- ประเมินภาวะผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วย (2) -
Medication	- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย (1) - กรณีผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาสูง พิจารณาให้ยากลุ่ม Atypical Antipsychotics, ยากลุ่ม Sedative groups และยา Anticholiergics ตามขนาดและปัญหาของผู้ป่วย (1)		- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย (1) - ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (2)		- ปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วย และปรับชนิดและขนาดยาให้เหมาะสมกับหน่วย PCU เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (1)

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1-2		สัปดาห์ที่ 3-4		สัปดาห์ที่ 5-6
Activity	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการบำบัดรักษา (2) - ประเมินอาการทางจิตที่หลงเหลือของผู้ป่วย เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน (1,2) - ให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (2) <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกทักษะในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ทักษะในการดูแลตนเอง (2) - ทำครอบครัวบำบัดกรณีมีปัญหาความต้องการในการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว (2) - ฝึกทักษะการช่วยเหลือทำงานบ้าน (2) - ประเมินการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และการแก้ไข (2) <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างอิสระ (2,3) - ค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนแก่ผู้ป่วย สงเคราะห์ในชุมชน กรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม (2,3) - ฝึกทักษะทางสังคมและการดำรงชีวิตในชุมชน ด้านการพักผ่อน <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1- 2		สัปดาห์ที่ 3 -4		สัปดาห์ที่ 5 -6
Health	- ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค สาเหตุ		- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคจิตเภท		- ฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย (2)
Education	อาการ และการรักษา (2)		สาเหตุ อาการและการรักษา (2)		- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแหล่ง
	- ให้ความรู้เกี่ยวกับยา การรับประทานยาและ		- จัดกลุ่มให้ความรู้ตามสภาพของผู้ป่วย และฝึก		สนับสนุนในชุมชน (2)
	อาการข้างเคียงของยา (2,4)		ทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย (2)		- ให้ข้อมูลการป้องกันการป่วยซ้ำและการ
	- ฝึกทักษะการดูแลตนเอง (2,3)		- กรณีที่มีปัญหา High E.E. ในครอบครัว ให้		สังเกตอาการผิดปกติ (2)
	.....		ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ (2)		- ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด วิธีคลายเครียด
	.....		- ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด วิธีคลายเครียด		การปรับตัวและการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม
	.....		การปรับตัวและการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม		(2,3)
	.....		(2,3)		.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical pathway for Schizophrenia in community)

ผู้ปฏิบัติ	หมายเลข	1 = แพทย์	2 = พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี	3 = พยาบาลวิชาชีพ	4=เภสัชกร
หัวข้อเรื่อง	สัปดาห์ที่ 1- 2		สัปดาห์ที่ 3 -4		สัปดาห์ที่ 5 -6
F/U	- ประเมินปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำ (1,2,3) - ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (2,3) - ประเมินปัญหาเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (2)		- ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (2,3) - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญของการไปพบแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลตามนัด (2,3) - ประเมินและติดตามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (2,3)		- พิจารณาสถานที่ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน (1,2,3) - ประเมินและติดตามผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เพื่อการรักษาตามนัด (2,3) - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ (2,3)

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบติดตามการดำเนินงานกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กระบวนการดำเนินงานกิจกรรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>1. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีสร้างทีมงาน ดำเนินการให้ความเห็นชอบร่วมกันเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พร้อมทั้งจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน (clinical pathway) และสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีม</p>			
<p>2. ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีพิจารณาคัดเลือก/คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม โดยบันทึกลงในแบบประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและครอบครัว</p>			
<p>3.</p>			
<p>4.</p>			
<p>5.</p>			
<p>6. การประเมินผลครั้งสุดท้ายและปิดการดูแลผู้ป่วย โดยวัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน</p>			

แบบบันทึกการประชุมปรึกษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ผู้เข้าร่วมประชุม

- 1..... ตำแหน่ง.....
- 2..... ตำแหน่ง.....
- 3..... ตำแหน่ง.....
- 4..... ตำแหน่ง.....
- 5..... ตำแหน่ง.....
- 6..... ตำแหน่ง.....

การวิเคราะห์ปัญหาของที่ประชุม

.....

.....

.....

.....

แนวทางและวิธีการแก้ไข้ปัญหา

.....

.....

.....

.....

การติดตามประเมินผล

.....

.....

กำหนดการประชุมครั้งต่อไป.....

.....

ผู้บันทึกการประชุม

แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการปฏิบัติของท่านของท่านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา
แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

เป็นประจำ หมายถึง เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน
บ่อยครั้ง หมายถึง เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเกือบทุกวัน
บางครั้ง หมายถึง เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเดือนละ 1-2 ครั้ง
นานๆ ครั้ง หมายถึง เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านนานๆ ครั้ง
ไม่เคยเกิด หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย

ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านเคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
6. ท่านรับประทานยารักษาอาการทางจิต โดยที่แพทย์ ไม่ได้สั่ง					
7.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการ ผิดปกติจากการใช้ยา					

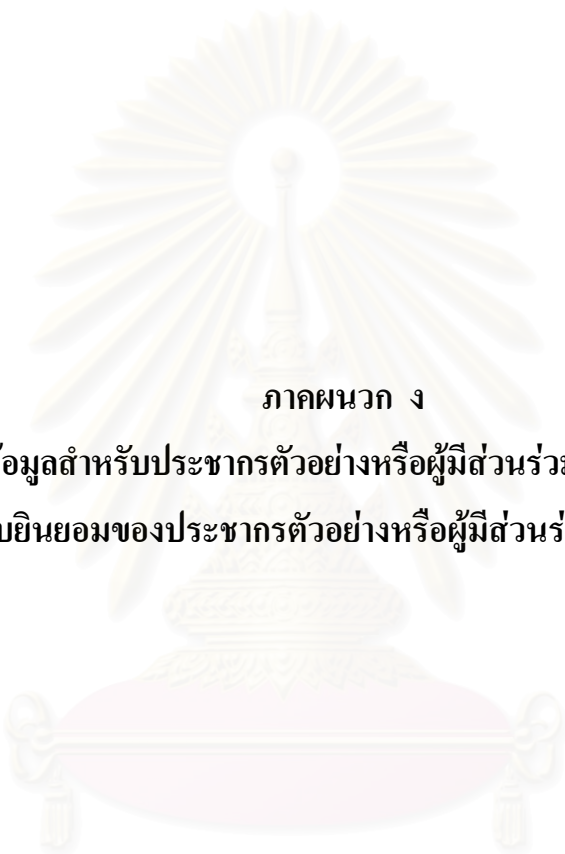
แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงประนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล	
ชื่อผู้วิจัย	นาวาตรีหญิง อรวรรณ น้อยดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงเรียนพยาบาล กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน	0-2475-2602	โทรศัพท์ที่บ้าน 0-2580-5147
โทรศัพท์เคลื่อนที่	086-336-1005	E-mail: orrawan_k@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

- โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล
- มีวัตถุประสงค์การวิจัย
 - เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
 - เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยทำการปรึกษาหารือร่วมกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก หากพบว่ามีความสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนดจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะจัดผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการดูแลตามปกติที่ได้จัดให้ในชุมชนที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่จากบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ ให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ และแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2 สัปดาห์ โดยนับจากภายหลังจากสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นการดูแลรายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา การพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 2 สัปดาห์ โดยนับจากภายหลังจากสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในสัปดาห์ที่ 6

4. ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะทำการพูดคุย สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์

5. ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่ผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับแต่ประการใด

6. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมวิจัย

7. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะถูกออกเป็นรหัสและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

8. จำนวนผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน

9. เมื่อสิ้นสุดโครงการและหากพบว่าโครงการได้ผลดี โรงพยาบาลบางบัวทองจะเป็นผู้พิจารณาดำเนินโครงการต่อเนื่องในกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)



ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณารายชื่กรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 072/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
 การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล
 EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON MEDICATION
 ADHERENCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
 IN COMMUNITY AND BURDEN OF CAREGIVERS
- ผู้วิจัยหลัก : นาวาตรีหญิง อรวรรณ น้อยค้อ นิสิตระดับมหาบัณฑิต
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประสิทธิ์)

.....เลขานุการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

รับรองวันที่ 25 มิถุนายน 2550

วันหมดอายุ 25 พฤศจิกายน 2550

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิง อรพรรณ น้อยด้อย เกิดเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2514 ที่กรุงเทพฯ
สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา
2537 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2547

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ประจํากรมแพทย์ทหารเรือ ช่วยราชการโรงเรียนพยาบาล
กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย