

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศดังจะเห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิตปี 2545 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศถึง 19,753 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54 และมีผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกทั่วประเทศถึง 29,6202 คนคิดเป็นร้อยละ 42.60 (กรมสุขภาพจิต, 2545) นอกจากนี้จากสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ปี 2547 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชคดีเข้ารับการรักษารวม 185 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.95 และ จากสถิติสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ประจำปี 2547 พบว่ามีผู้ป่วยคดีรายเก่าที่กลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำก่อน 180 วันหลังจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 1.17 โดยผู้ป่วยจำนวนนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนก่อคดีซ้ำ และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนไม่สามารถต่อสู้คดีได้ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ทำให้รัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจำนวนมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลายาวนานทั้งในขั้นตอนการดำเนินคดีและขั้นตอนการรักษาทางยา และการรักษาทางจิต ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีต้องรักษาจนกว่าทีมผู้รักษามั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายทั้งต่อสังคม ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง จะเห็นได้จากสถิติสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ประจำปี 2547 พบว่า ผู้ป่วยคดีมีระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาล 58 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ตำรวจส่งตรวจรักษา 62 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ศาลส่งตรวจรักษา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีคดีมีระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลเพียง 30 วัน

โดยทั่วไปการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมักมีสาเหตุจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน มีการใช้สารเสพติด และเมื่อพิจารณาถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดของร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม เช่นความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ชุมชนไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีการล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ, 2542) และจากการศึกษาของ นางเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) พบว่าสาเหตุการกลับซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท และระยะเวลาที่จะต้องรับประทานยาอย่างยาวนาน และจากการศึกษาของ

ปริทรรศน์ ศิลปกิจ (2535) พบว่าการขาดความร่วมมือในการรักษาไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน เป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำของโรค

นอกจากปัญหาดังข้างต้นแล้วการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิตจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มีการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็ว (จันทร์ภา ธีระสมบุญ, 2543) ประกอบกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงมีนโยบายผลักดันครอบครัวให้เป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น สามารถลดต้นทุน และเป็นการคุ้มทุนในเชิงเศรษฐกิจ เนื่องจากการลดค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้นผู้ป่วยต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้านเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่กลับไปบ้านมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น (มนัสสินธุ์ บุญยทรัพย์, 2536) การที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค่อนข้างเร็ว ถึงแม้จะได้รับการรักษาแล้ว แต่อาการต่าง ๆ ยังคงเหลืออยู่บ้าง เช่น ประสาทหลอน ความจำบกพร่อง ไม่มีสมาธิ แยกตัว ขาดแรงจูงใจ ในขณะที่ยังไม่ได้รับการส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความพร่องในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542)

เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีทำให้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภททั่วไป แต่อาจมีปัญหาค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เนื่องจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ประการแรกผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการตีตราบาปจากสังคมทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะ ๆ ดังจะเห็นได้จากจากสถิติสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ประจำปี 2547 พบว่ามีผู้ป่วยคดีกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 180 วัน หลังจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 1.17 มีอาการกำเริบจนก่อคดีซ้ำหรือไม่สามารถต่อสู้คดีได้นั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมีความพร่องในการดูแลตนเอง เช่นไม่รับประทานยาต่อเนื่อง การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ทำให้รัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจำนวนมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลายาวนานทั้งในขั้นตอนการดำเนินคดีและขั้นตอนการรักษาทางยา และการรักษาทางจิต ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีต้องรักษาจนกว่าทีมผู้รักษามั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายทั้งต่อสังคม ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลารักษานานใช้ค่าใช้จ่ายมาก เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง เมื่อพิจารณาตามแนวคิดในการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ที่มีคดียังปัญหาในเรื่องการดูแลตนเองใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและมีการใช้สารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิตจะเห็นได้จากการศึกษาของ ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2541) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรงที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการกระทำผิด และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 66.8 ขณะกระทำผิดใช้สารเสพติดประเภทเหล้มามากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดในคดีรุนแรง เช่น ฆ่าทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่เนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การถูกขู่ข่มขู่ให้มีอารมณ์โกรธ และเมาสุรา จากการศึกษาของนงลักษณ์ สาตรา (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีส่วนใหญ่เนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาตรา (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่กระทำผิดในคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายมีจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ที่กระทำผิดครั้งแรก และผู้ป่วยเกือบ 100% ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดียังมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาทางจิต ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการพร้อมในการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

นอกจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีจะมีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิตแล้วยังพบว่าปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้สารเสพติดก็มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาตรา (2543) ผู้ป่วยร้อยละ 50 ใช้ยาบ้าและสุราก่อนกระทำผิด และพบว่า การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำผิด และจากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้สุรา กัญชา ยาบ้าขณะกระทำผิด โดยมีผู้ป่วยใช้สารเสพติดประเภทเหล้ม 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.5 ใช้กัญชา ยาบ้า 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 ใช้สารระเหย 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดียังมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการใช้สารเสพติด

นอกจากปัญหาการดูแลตนเองการใช้ยาทางจิตและการใช้สารเสพติดแล้วการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจิตก็พบว่าเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เช่นกัน เนื่องจากในความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่มักมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยทนต่อภาวะเครียดได้น้อย ลักษณะการก่อคดีจึงมีลักษณะรุนแรง จะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทคดีปี 2547 ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีจำนวน 85 ราย เป็นคดีร้ายแรง เช่น ฆ่า 25 ราย พยายามฆ่า 5 ราย ทำร้ายร่างกาย 19 ราย รวม 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.65 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทคดีมีวิธีการจัดการกับความเครียด อารมณ์ความรู้สึกลงไปในทางรุนแรง จนก่อคดีขึ้น การศึกษาของ จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าขณะกระทำผิดผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออารมณ์จากบุคคลในและนอกครอบครัว และจากการศึกษาของนงลักษณ์ สาตรา (2539) พบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลที่ไม่ดี หรือผู้ดูแลมีปัญหาด้านอารมณ์ ขอบค

ค่าช่วย พุดจาก้าวร้าว จะมีผลให้ผู้ป่วยกระผัดได้ง่าย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการกระทำผิดของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในเรื่องการควบคุมอารมณ์เป็นโอกาสที่จะกระทำผิดได้ง่าย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจิต

ปัญหาการดูแลตนเองอีกด้านหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี คือ การทำกิจวัตรประจำวัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาดรา (2543) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยไม่มีการวางแผนว่าตนจะทำอะไรในแต่ละวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพไม่เต็มที่ โดยร้อยละ 40.8 ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมีผลมาจากการไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยจนก่อคดีทำให้หวาดกลัว ผู้ป่วย จะเห็นได้จากการศึกษาของ จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่า ร้อยละ 36.8 เพื่อนบ้านกลัวไม่กล้าพูดคุยด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานลดลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน

สาเหตุที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการดูแลตนเองมาจากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน ขาดการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตัวเองของผู้ป่วย และผลักดันให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ขาดระบบการดูแลต่อเนื่อง ยิ่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จนก่อคดีขึ้น หรือมีอาการกำเริบจนก่อคดีซ้ำได้

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำผิดมากกว่าโรคจิตอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะอาการของโรคที่มักแสดงอาการรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งด้านความคิด การรับรู้ และการกระทำ ประกอบกับสถานบริการสาธารณสุขในชุมชนยังมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี เนื่องจากยังมีความรู้และเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตไม่ดีพอ อีกทั้งภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี มักเป็นเรื่องที่รุนแรง น่ากลัวสำหรับบุคคลทั่วไป บางคดีสื่อให้เห็นถึงความโหดร้ายทารุณ ทำให้เกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ไม่กล้าเข้าไปให้ความช่วยเหลือ หรือให้ความช่วยเหลืออย่างไม่สบายใจ และจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติว่าเคยก่อคดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้มักไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว และชุมชน มีความรู้สึกกลัวในพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการอาละวาดทำร้ายผู้อื่น ทำให้ครอบครัวไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจึงต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ผู้ป่วยไม่มีความสุข ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลและค่าเดินทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทก็ยังมีปัญหาการอยู่ร่วมกับครอบครัวและในชุมชนแล้วยังพบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขที่จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถประเมินวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และไม่สามารถวางแผนให้บริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ จึงไม่ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่เกิดการดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน ไม่รู้ว่าจะจัดกิจกรรมการดูแลอย่างไรที่กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเองต่อไปได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้องโดยไม่มีผู้ใดทักท้วงจนทำให้อาการทางจิตกำเริบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชนมีความยุ่งยากซับซ้อน หากได้รับการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการก่อคดีซ้ำ จากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ความสามารถ ก็จะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวได้

ปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่าอาจเกิดจากการที่บุคลากรทีมการพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์น้อย และความชำนาญในงานสุขภาพจิตและจิตเวช ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในชุมชน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ภัทธา ธิรลาภ และ วรณวิไล กมลกิจวัฒนา ในปีพ.ศ. 2546 ซึ่งศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตสาธารณสุขที่ 4 พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีอนามัย ไม่ได้ทำการบำบัดรักษาทางจิตเวชสาเหตุ อาจมาจากการขาดความรู้ ความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากพบว่าผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบกับการปฏิบัติงานในระดับนี้มีการเปลี่ยนแปลง โยกย้ายบุคลากรกันบ่อย ซึ่งผู้มีความรู้และเข้าใจงานสุขภาพจิตและจิตเวชมักเป็นตำแหน่งที่มีการสับเปลี่ยน โยกย้าย ทำให้งานสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อีกทั้งการที่บุคลากรขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เนื่องจากไม่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพียงพอที่จะประเมินวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตได้ ทำให้ไม่สามารถวางแผนให้บริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ในระยะของการปฏิรูประบบสุขภาพ การคิดค้นหารูปแบบในการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ค้ำคูณ และให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ การให้บริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิต แบบใกล้บ้านใกล้ใจ การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิตจึงควรย้ายจากโรงพยาบาลจิตเวชสู่ชุมชน จะเห็นได้ว่ากรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิตจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มีการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็ว (จันทรา ธีระสมบุญ, 2543) โดยมีแนวความคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินนโยบายเรื่องนี้จึงเน้นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรหลักที่จะให้ความ

ช่วยเหลือครอบครัวและมุ่งขยายบริการทางการแพทย์และบริการสนับสนุนอื่น ๆ ไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ บุคลากรที่จะให้การดูแล คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) รูปแบบหนึ่งที่จะทำให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นคือการใช้วิธีการ “การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ ” (Home visit) เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และมีความพึงพอใจ ซึ่งมีพยาบาลผู้ศึกษาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมรอยต่อของกระบวนการระหว่างผู้ให้บริการขั้นต้น กับส่วนสนับสนุน สิ่งที่จะสนับสนุนให้เกิดบริการที่คั่นนั้น ครอบครัว ชุมชน และสังคม ต้องมีส่วนร่วมในการจัดบริการ การมีส่วนร่วมจะทำให้ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง ทำให้การบริการนั้นๆตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง “การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ” น่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดที่สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2543) ได้วิจัยประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80.8 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 ญาติร้อยละ 76.9 มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง และผู้ปฏิบัติงานทุกคน ได้ปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานครบถ้วน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีที่จำหน่ายออกจากสถานกักขังราชทัณฑ์ โดยใช้การเยี่ยมชมติดตามการปฏิบัติงานเครือข่ายงานสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันนโยบายของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ปี 2547 ได้จัดให้มีผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างชัดเจน โดยทีมสหวิชาชีพของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด โดยพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ศึกษา) เป็นผู้ประสานงาน โดยให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติในเรื่อง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตเภท การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การผ่อนคลายความตึงเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีที่เคอรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีการร่วมไปติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

พื้นที่ ญาติ ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป และเป็นการได้ข้อมูลที่เป็นจริงครบถ้วนและเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังสามารถปรับความช่วยเหลือให้ตรงตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้อยู่ในชุมชน ครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์โครงการ

เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี

ปัญหาโครงการศึกษาอิสระ

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผล ทฤษฎีสำคัญ หรือสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัญหาในการดูแลตนเองทั้งในด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับซ้ำ จะหนีได้จากการศึกษาของ ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาตรา (2543) ผู้ป่วยร้อยละ 50 ใช้ยาบ้าและสุราก่อนกระทำความผิด และพบว่า การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำความผิด และจากการศึกษาของประภาส อุครานันท์ และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้สุรา กัญชา ยาบ้าขณะกระทำความผิด ทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยบางรายก่อคดีซ้ำ ก่อปัญหาความเดือดร้อนให้ครอบครัว ชุมชน บางรายต้องเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในหลายครั้งติดต่อกัน เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา จินดา โสมนัส และคณะ (2534) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพไม่เต็มที่ โดยร้อยละ 40.8 ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดในคดีรุนแรง เช่น ฆ่า ทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่เนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การถูกข่มขู่ให้มีอารมณ์โกรธ และเมาสุรา

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี คือ ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการที่ญาติ เจ้าหน้าที่ และคนในชุมชน ไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่เข้าใจในการจัดกิจกรรมกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเอง ขาดการประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีใครชี้ให้เห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต ไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหาใกล้ตน และบางส่วนมีภาระรับผิดชอบมากไม่มีเวลาพอที่จะค้นหาความรู้เพิ่ม มีผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาตรา (2543) ให้ข้อสังเกตว่าการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากครอบครัว ผู้ดูแล มีผลต่อการกระทำความผิดของผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นารดูแลรักษาโดยทีมสุขภาพ เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านและในสังคมเดิมของเขาได้ และมีบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม , 2541) นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว, 2524 อ้างใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 ได้มีแนวคิดว่าหากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดแพทย์ได้ฟังความคิดเห็นและได้สังเกต การดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้อง แล้วญาตินำเอาวิธีการปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดี และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้เป็นอย่างมาก ดังการศึกษาของพันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ (2540) ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ใน 4 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี 2537 – 2539 โดยมีแนวทางดำเนินงาน สนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรในชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งให้การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และญาติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม อบรมให้ความรู้ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยทีมสุขภาพจิตประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการดูแลจากญาติและชุมชน มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ค่อนข้างสูง จะเห็นว่าการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเป็นบริการที่ให้การดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเน้นการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบครัวทั้ง 4 มิติ คือทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยมีแผนการดูแล ที่ทีมสุขภาพร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดความต่อเนื่อง และควบคุมค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นารดูแลโดยทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญ ที่ให้บริการครอบคลุมการรักษาฟื้นฟูผู้เจ็บป่วยร้ายแรง และเรื้อรังด้วยโรคทางจิตเวชในชุมชน ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทั้งด้านการบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการส่งเสริมป้องกัน ทำให้ญาติ เจ้าหน้าที่ และคนในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพที่มีความชำนาญด้านจิตเวชศาสตร์ การพยาบาล การบริการปรึกษา สังคมสงเคราะห์ และการฟื้นฟู เชื่อว่าการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการดูแลตนเองสูงขึ้น เป็นการบริการที่ประกอบด้วย

1. สมาชิกทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินอาการทางจิต
2. เป็นการจัดทีมให้บริการ ที่บ้านผู้ป่วย เพื่อประเมินครอบครัว ให้ความรู้

3. เป็นบริการรายบุคคล พัฒนาแผนการรักษาตามความต้องการ ประรณนา ของผู้ป่วย มีการปรับแผนการดูแลรักษาไปตามการประเมิน และการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการอย่างไม่หยุดนิ่ง
4. สมาชิกทีมให้บริการเชิงรุก ช่วยเหลือให้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และเป็นการรักษาแบบต่อเนื่อง ให้สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง
5. ส่งเสริมให้มีการค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวชด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือโดยครอบครัวของผู้ป่วย
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวเอง และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายในครอบครัวและชุมชน
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และจัดการกับอาการทางจิต การรักษาและอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นอีกได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต เสริมสร้างทักษะการดูแล จัดการกับความเจ็บป่วย
8. ด้านการอาชีพ ทีมจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการจ้างงานในชุมชน
9. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ปรับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว
10. ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชุมชน
11. ดูแลด้านสุขภาพ ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และประสานบริการการดูแลรักษาสุขภาพ

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ เพื่อปรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล และได้กำหนดสมมติฐาน โครงการไว้ดังนี้

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีหลังการดำเนิน โครงการจะสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ

ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยคดีโรคจิตเภท ที่เคยรับไว้เป็นผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 ราย
2. ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย ญาติ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี โดยการจัดให้มีทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยให้ความรู้กับทีมบุคลากรทางสาธารณสุข ญาติ และผู้นำชุมชน พร้อมทั้งร่วมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เน้นการช่วยเหลือในชุมชน โดยมีพยาบาลผู้ศึกษาเป็นผู้ประสานงาน กำหนดแผนการเยี่ยม ทีมประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด รวม 5 คน ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

อย่างน้อยรายละ 2 ครั้ง ทีมสุขภาพระดับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 4 – 5 คน เชื่อมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เป็นบริการเฉพาะราย ที่ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย การคัดเลือกผู้ป่วยและประเมินสภาพ การประสานงานและการวางแผนการช่วยเหลือ การดำเนินการตามแผน การกำกับติดตามและประเมินซ้ำ การประเมินครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการดูแล เป็นบริการที่ปรับตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ทีมทำหน้าที่สนับสนุนกระตุ้นผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและพึงพอใจเท่าที่จะเป็นไปได้ และให้บริการผู้ป่วยในระยะเวลายาวนานพอที่จะควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ โดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ญาติ ผู้นำชุมชนในเรื่องความเจ็บป่วย ภาวะรับผิดชอบ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. ประสานการช่วยเหลือผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ด้านการทำงาน การหาที่อยู่ ฯลฯ ประสานการดูแลต่อเนื่องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้การฟื้นฟูทางสังคม กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน

3. ให้บริการปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยด้านการบำบัดรักษา และค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีเครือข่ายให้บริการปรึกษาเมื่อบุคลากรในทีม ผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีปัญหาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศครั้งที่ 10 (ICD -10 , International Statistical Classification of Diseases) ที่เคยก่อคดี ซึ่งต้องดำเนินการตามกระบวนการพิจารณาความตามที่กฎหมายกำหนด เช่น คดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง และเคยรับรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่มีเพื่อให้เกิดประโยชน์ และความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 4 ด้าน ซึ่งพัฒนาจากงานวิจัยการติดตามดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของรัชณี ศรีหิรัญ (2544) ซึ่งสร้างเครื่องมือโดยใช้แนวคิดในการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem,1991) ได้แก่

- 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติดครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต การงดใช้สารเสพติดทั้ง บุหรี่ สุรายาบ้า ฯลฯ
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิตครอบคลุมเรื่องการจัดการกับความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
- 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครอบคลุมเรื่องการทำ การใช้เวลาว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน

4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำครอบคลุมเรื่อง การสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดย คัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ของรัชณี ศรีหิรัญ (2544)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลจากการศึกษาไปปรับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
2. ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ
3. ได้แนวทางในการสนับสนุนให้บริการต่อเนื่องต่อผู้ป่วยจิตเภทคดีหลังจำหน่าย
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้ในการศึกษาค้นคว้าต่อไป