

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2546 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศถึง 19,753 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และมีผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกทั่วประเทศถึง 29,620 คน คิดเป็นร้อยละ 42.60 (กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนตัวเลขที่สูงมาก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) โดยการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมักมีสาเหตุจากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้านมีการใช้สารเสพติด นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมักขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดของร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง และมีการใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าการกลับเป็นซ้ำอาจมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ชุมชนไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีการล้อเลียนและรังเกียจ เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ, 2542) นอกจากนี้จากการศึกษาของ นางเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) พบว่าการกลับซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา มีสาเหตุมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเภท อีกทั้งเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาที่ต้องใช้เวลายาวนาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีทรรศ ศิลปกิจ (2535) พบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความร่วมมือในการรักษาโดยการไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้านถือเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำของโรค

จากการศึกษาเรื่องการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข ในเขตการสาธารณสุขที่ 4 พบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ ยังเห็นความสำคัญของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนน้อย มักเน้นเฉพาะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาที่มาขอรับบริการ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิต เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่ค่อยถูกเงินและไม่มีอาการรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นความเจ็บป่วยที่รื้อได้ ไม่ต้องรีบเร่งให้การบำบัดรักษา ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพยังมองไม่เห็นความสำคัญของการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเท่าที่ควร ดังนั้นการให้บริการเชิงรุก

รวมทั้งการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงมีการจัดบริการที่ไม่เด่นชัด นอกจากนี้งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเป็นงานที่ต้องลงเยี่ยมพื้นที่ ทำให้บุคลากรต้องเผชิญกับความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ บางรายระยะทางที่เข้าไปห่างไกล ความเจริญ บางรายที่อยู่ของผู้ป่วยไม่เป็นหลักแหล่ง ไม่มีที่อยู่แน่นอน บางครั้งญาติให้ที่อยู่ไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกยากลำบากในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ถ้าบุคลากรไม่เข้าใจหรือมีทัศนคติไม่ดีต่อความเจ็บป่วยทางจิต ก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแล และไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดยา และมีอาการกลับเป็นซ้ำต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง (ภัทรธา ธีรภาพ และคณะ, 2546)

จังหวัดสมุทรสงครามนับเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคกลาง ที่มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จาก ในปีงบประมาณ 2547 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนทั้งสิ้น 215 คน แยกเป็นรายอำเภอคือ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม 90 คน อำเภออัมพวา 76 คน และอำเภอบางคนที 49 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนทั้งหมดนั้นพบว่า เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 127 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 59.07 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 40.93 (ข้อมูลจากรายงานข้อมูลผู้พิการจังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ.2547 สํารวจ ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2547) จากพื้นที่ดังกล่าวผู้ศึกษาสนใจดำเนินการศึกษาในเขตตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง เนื่องจากเป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมากที่สุดของจังหวัดสมุทรสงคราม เมื่อเปรียบเทียบกับตำบลอื่นๆ ทั้งหมด 36 ตำบลในจังหวัด โดยมีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตจำนวน 33 คน แม้ว่าในตำบลนี้จะมีแหล่งทรัพยากรต่างๆที่พร้อม เช่น สถานบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นสถานีนามัชขนาดใหญ่มิบุคลากรพร้อมในการดำเนินงาน และเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ลงดำเนินการในพื้นที่ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตรับผิดชอบที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่สามารถติดตามเยี่ยม และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และขาดความรู้ในการดูแลตนเองด้านต่างๆซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาค่าคุณภาพชีวิต ดังจะเห็นได้จากรายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ประจำเดือนพฤศจิกายน 2547 เรื่องผลการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 19 ราย ในพื้นที่เป้าหมายโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับสั้นจำนวน 26 ข้อ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และของญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับไม่ดีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.0 และอยู่ในระดับปานกลาง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.0 ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ทั้งนี้

อาจเนื่องจากปัญหาในเรื่องการที่ไม่ได้รับการดูแลหรือได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องดังที่กล่าวไว้แล้วในตอนต้น

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับตน เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่สุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม จุดเด่นของความหมายของคุณภาพชีวิตที่ WHO มองก็คือ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (subjective) โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งมีหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งโดยสรุปคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกันคือ ด้านร่างกาย (physical health) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมดังนี้ คือ

1) ผลกระทบของผู้ป่วยโรคจิตเภททางด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย คือผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยวัตรคมพยัคฆ์, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและจะรู้สึกว่าคุณค่า เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางด้านจิตใจ ซึ่งผลที่ตามมาคือเกิดภาวะเครียด ส่งผลต่อการเกิดการป่วยซ้ำจนต้องกลับเข้าไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวชบ่อยครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกันอยู่กันอย่างมีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537)

2) ผลกระทบของผู้ป่วยโรคจิตเภททางด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน สังคมรังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีความทุกข์ รู้สึกเป็นดราม่า ไม่มี ความมั่นใจในตนเองเนื่องจากบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจในกรณีต่างๆ ได้

3) ผลกระทบทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม สังคมจะปฏิเสธทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกว่าถูกแยกตัวและถูกทอดทิ้งจากสังคม ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่คอยกล้าคุยกับคนอื่น และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ที่มีความจำเป็นได้ ในด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังต้องประสบปัญหาในการหางานทำ อาจมีคนจ้างงานหรือให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540) ประเด็นที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้นได้แก่ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว

ความสามารถในการทำหน้าที่และการงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความเป็นอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนา การตอบรับจากสังคมและสุขภาพร่างกาย (Meltzer et al.1990;Skantze et al., 1992;Sullivan et al., 1992;Katschnig, 2000)

4) ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในบ้านจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก็อาจถูกล่าม้าง จำกัดอิสรภาพในการดำเนินชีวิต และไม่มีโอกาสได้รับข่าวสารต่างๆในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตก็จะแสดงอาการหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของสุมิตล สมัตตะ (2541) เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจากโรงพยาบาลนั้น พบว่า ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความสนใจจากคนในครอบครัว

นอกจากคุณภาพชีวิตจะประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ตามที่องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้แล้วคุณภาพชีวิตยังเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่จะสามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกที่เป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตนมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาลคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lubkin, 1986)

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานที่ และ การรับรู้ของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน (จริยาวัตร คมพักษณ์, 2537) ดังนั้นในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีบทบาทสำคัญในการเลือกแนวทางที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว และสามารถคงความมีคุณภาพนั้นไว้ตลอดไป วิธีการคือต้องพัฒนาหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยต้องพิจารณาปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และปัจจัยภายนอก คือ ความหวัง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และ สมรรถภาพในตน (จริยาวัตร , 2537) นอกจากนี้ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล ความพร้อมใน

การดูแลตนเอง อากาทางลบ การถูกตำหนิหรือวิจารณ์จากคนในสังคม การรับรู้ และทราบป ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความมีอิสรภาพ เพื่อนบ้านและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบ้านที่อยู่อาศัย (Browne et al,1996 ; Sullivan et al,1992; จันทรา ธีระสมบุรณ์,2539 ; Caron et al., 1998; Mercier et al., 1998)

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Jeon & Madjar , 1998) คือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงมีการพยายามลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว สำหรับประเทศไทยก็เช่นกันดังจะเห็นได้จาก ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจรขึ้น เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ทั้งในรูปแบบของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการนำขบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ในการสร้างแนวร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (อภิชัย มงคลและคณะ, 2545) แต่จากการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ พบว่ายังมีจุดอ่อนในเรื่องขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และขาดการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

Lubkin (1996) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังว่าควรครอบคลุมประเด็นต่างๆ 5 ประเด็น คือ 1) ต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเอง โดยพยาบาลต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นระยะเวลาสั้น 2) ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับแผนการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง 3) ต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล 4) ต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล 5) ต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดยมีประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ

การส่งเสริมการสื่อสารและการประสานงานภายในทีม และการกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Care Management System) โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการดูแลรูปแบบหนึ่ง ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังตามข้อเสนอแนะของ Lubkin (1996) ดังข้างต้น เนื่องจากเป็นระบบการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome Management) เป็นกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหวิชาชีพ (Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพในการดูแลและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Zander, 1988: 23; ANA, 1991 :6 อ้างใน Powell, 1996 :5) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหรือใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้แหล่งบริการสุขภาพที่คุ้มทุนได้ประสิทธิผลและเป็นการทำงานร่วมกันของแหล่งบริการสุขภาพในรูปแบบของสหวิชาชีพ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2546) โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ในชุมชน มีการประสานเครือข่าย ในการตอบสนองตามปัญหาที่มีความจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บางรูปแบบของการจัดการรายกรณี ได้มีการมอบหมายให้ผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน

Austin (1993) เสนอแนวคิดที่สอดคล้องกับข้างต้น โดยกล่าวไว้ว่า การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ให้บริการ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านความเจ็บป่วยของร่างกาย การยอมรับจากสังคมเพื่อพัฒนาทางด้านจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงในชีวิต และการจัดเตรียมหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลในรูปแบบนี้จึงสามารถช่วยในการพัฒนาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO) (1996) ที่มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มูเซอร์ และคณะ (Mueser, et al., 1998. อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2544) ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้การจัดระบบการดูแลในรูปแบบของ Clinical case management ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

จำนวน 75 เรื่อง ผลการทบทวนพบว่า การนำ case management มาใช้สามารถลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดอาการทางจิต เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ลดการถูกจำคุก และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระบบนี้

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เนื่องจากในจังหวัดสมุทรสงครามยังมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนซึ่งไม่ได้รับการดูแลหรือได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องอีกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นระบบต่างคนต่างทำ ขาดระบบประสานเครือข่ายและการส่งต่อที่ครบถ้วนถูกต้อง ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เมื่อกลับจากโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง จะไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมหรือการดูแลเพราะขาดการประสานงานในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนอาจส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนจังหวัดสมุทรสงครามอยู่ในระดับที่ไม่ดีดังข้อมูลที่ได้นำเสนอไว้ในตอนต้น

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญว่าควรมีการจัดระบบการดูแลในชุมชนโดยใช้การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ปฏิบัติตามแผนโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานและผู้ดูแลหลัก จึงได้พัฒนาการจัดระบบการดูแลในชุมชนแก่ผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดสมุทรสงครามขึ้น โดยมีผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีหลัก และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพ จำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในพื้นที่ มีหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ในการคัดกรองประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ ระบุปัญหา วางแผนให้การดูแล การดำเนินงานติดตามผล เป็นผู้ประสานเครือข่ายเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นานที่สุด โดยใช้ความรู้ความชำนาญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพราะการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน จะช่วยทำให้พยาบาลได้แสดงบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่แสดงถึงความเป็นอิสระและใช้ทักษะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยมีบทบาทคือ 1) ด้านการประสานงานกับแหล่งสุขภาพในชุมชน และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว พัฒนาการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

รวดเร็ว 2) ด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วย แบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ระบุปัญหา วางแผนให้การดูแล การดำเนินงานติดตามผล 3) เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรในระดับต่างๆ 4) เป็นผู้สอน สอนผู้ป่วย สอนครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 5) เป็นนักวิจัย ค้นหาวิธีการ รูปแบบที่เหมาะสม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยคาดว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นนี้ จะสามารถส่งผลต่อการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนและหลังการจัดระบบการดูแลในชุมชน

แนวเหตุผลและแนวสมมติฐานการศึกษา

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO) (1996) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกันคือ ด้านร่างกาย (physical health) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล ความพร้อมในการดูแลตนเอง อาการทางลบ การถูกตำหนิหรือวิจารณ์จากคนในสังคม การรับรู้และตราบาป ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกได้แก่ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความมีอิสรภาพ เพื่อนบ้านและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบ้านที่อยู่อาศัย (Browne et al, 1996 ; Sullivan et al, 1992; จันทรา ธีระสมบุรณ์ม , 2539 ; Caron et al, 1998; Mercier et al, 1998)

Lubkin (1996) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเองที่บ้านและครอบครัว สามารถดูแลตนเองต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วย

ควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นระยะเวลานาน ต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับแผนการพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง โดยยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล และพยาบาลผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล และต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ โดยมีประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การส่งเสริมการสื่อสารและการประสานงานภายในทีม และการกำหนดเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม

ดังนั้นจึงควรมีรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวได้นาน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น โดยการจัดระบบการดูแลในชุมชน ซึ่งได้จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) แบบ Clinical Case Management ตามแนวคิดของ Mueser et al. (1998) โดยคาดหวังว่าน่าจะเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้เนื่องจากเป็นกระบวนการให้บริการ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางในการดูแล ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมนสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการรูปแบบนี้ เน้นที่กระบวนการของการประเมินก่อนการปฏิบัติกรการวางแผนให้การดูแลอย่างครอบคลุม การติดตามประเมินผล รวมถึงระบบการส่งต่อ การให้บริการเน้นกิจกรรมการจัดการในชุมชนเป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome Management) โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหวิชาชีพ (Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพในการดูแลและการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Zander , 1988 ; ANA, 1991 อ้างใน Powell, 1996) มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่ในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ติดต่อประสานงานในการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนด คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ ประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เรวดี ศิรินคร และคณะ 2543:5)

ในการจัดทำโครงการศึกษาอิสระในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้จัดระบบการดูแลในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบ Clinical Case

Management ตามแนวคิดของ Mueser et al. (1998) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต ชุมชน ตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมืองสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม โดยผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หลัก และมีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 คนเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ในระดับชุมชน ทำหน้าที่ในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) การดำเนินการในระยะแรก 2) การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อม 3) การจัดการกระทำกับผู้ป่วย 4) การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน โดยมีขั้นตอนหลักดังนี้คือ

1. จัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พร้อมทั้งจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2. การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) เพื่อคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

3. การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆด้าน และค้นหาแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม

4. การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทราบปัญหาที่ชัดเจนของผู้ป่วยและครอบครัว ในการที่จะแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การวางแผนให้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลลัพธ์ พร้อมทั้งระยะเวลาและผู้รับผิดชอบในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการตอบสนองทางด้าน ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

6. การดำเนินการตามแผนการดูแล โดยให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ด้วยการจัดการกระทำกับผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ได้แก่ โดยการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม การสอน การให้คำแนะนำ การบริการปรึกษา จิตบำบัดรายบุคคล การให้คำปรึกษาครอบครัว และการจัดการด้านการรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง มีการจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นไม่กลับเป็นซ้ำ ครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้สังคมยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

7. การติดตามประเมินผลประสิทธิภาพของแผนการดูแล โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน และการประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน

ซึ่งการดำเนินการการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันจัดทำแผนการดูแล มีการประเมินปัญหาแบบองค์รวมและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาโดยมีปฏิสัมพันธ์การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบผสมผสานต่อเนื่อง มีคุณภาพ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่เหมาะสมดีขึ้นต่อไป ซึ่งการมีสุขภาวะดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Suk bling,1998) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ Austin (1993) กล่าวว่าไว้ว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยให้ผู้ให้บริการ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านความเจ็บป่วยของร่างกาย การยอมรับจากสังคมเพื่อพัฒนาทางด้านจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงในชีวิต และการจัดเตรียมหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) (1996) คือ ด้านร่างกาย (physical health) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงกำหนดเป็นสมมุติฐานการศึกษาไว้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยการจัดระบบการดูแลในชุมชน หลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแล

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นศึกษาเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาในจังหวัดสมุทรสงคราม

1. ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลแหลมใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยมีการยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นผู้ที่มีลักษณะข้อบ่งชี้อย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

1) กลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีอาการกำเริบภายหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย 2) มีประวัติล้มซ้ำ 3) มีปัญหาครอบครัว หรือมีปัญหาซ้ำซ้อน เช่น ญาติทอดทิ้งไม่ดูแล หรือ มีปัญหากับสังคมหรือชุมชน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการ
ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. การจัดระบบการดูแลในชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดรูปแบบการดูแล ที่ถูกพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม โดยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการรายกรณีแบบ Clinical Case Management ของ Mueser et al. (1998) ซึ่งเป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางในการดูแล ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการรูปแบบนี้เน้นที่กระบวนการของการประเมินก่อนการปฏิบัติการ การวางแผนให้การดูแลอย่างครอบคลุม การติดตามประเมินผล รวมถึงระบบการส่งต่อการให้บริการ เน้นกิจกรรมการจัดการในชุมชน โดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) หลัก และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในระดับชุมชน ทำหน้าที่ในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้การจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้านคือ 1) การดำเนินการในระยะแรก 2) การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อม 3) การจัดการกระทำกับผู้ป่วย และ 4) การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ศึกษาจัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

1.2 การค้นหา/คัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection)

1.3 ผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

1.4 ผู้ศึกษาดำเนินการจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ โครงการ

2.1 ผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนให้การดูแลโดยการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย

2.2 การดำเนินการตามแผนการดูแล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

3.1 การติดตามประเมินผล ประสิทธิภาพของแผนการดูแลโดยวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต และการประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทและหน้าที่ในโครงการดังนี้ คือ

- จัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพร้อมทั้งจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

- คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

- ประเมินสภาพผู้ป่วย

- วิเคราะห์ปัญหาและระบุปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากข้อมูลที่รวบรวมได้

- พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเป็นที่ปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ

- ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ทำหน้าที่ในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

- เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว

- เป็นผู้ติดตาม ควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์การดูแลที่ต้องการ

- ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนและส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคจิตเภท

3. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อความผาสุก สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญ โดยประเมินตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHO) (1996) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนให้มีการดูแลที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางและมาตรฐานในการบริการพยาบาลต่อไป