

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้านในแต่ละปีมีจำนวนมาก เช่นในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยในจำหน่าย 34,420 ราย ในปี พ.ศ. 2545ผู้ป่วยในจำหน่าย 35,514 รายและในปี พ.ศ.2546 มีผู้ป่วยในจำหน่าย 37,963 ราย และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประเภทผู้ป่วยในเป็นกลุ่มโรค ( F20-F29 ) คือผู้ป่วยจิตเภทและพฤติกรรมแบบจิตเภทรวมหลงผิด โดยคิดเป็นร้อยละ 54.54 ของผู้ป่วยในทั้งหมดในปี พ.ศ.2545 และร้อยละ 54.58 ของผู้ป่วยในทั้งหมดในปี พ.ศ.2546 จากรายงานดังกล่าวแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชายังไม่มีแนวโน้มที่จะลดจำนวนลง ซึ่งส่วนหนึ่งในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อนและมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกหลายครั้ง ( ศิริพร จิรวัดณ์กุล , 2536 ) จากการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพการดำเนินงานโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 641.04 บาท/ราย ต้นทุนรวมผู้ป่วยในเฉลี่ย 19,384.49 บาท/ราย ( อรรถวรรณ ศิลปกิจ , 2544 ) ถ้ามีจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีจะทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาล ที่เพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน พบว่าโรงพยาบาลจิตเวชได้ยึดนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด ( Deinstitutionalization ) เนื่องจากมีการค้นพบยาจิตเวชที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามารถกลับสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังมีหลักการที่เน้นการรักษาในชุมชน โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆจะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย และการยึดถือสิทธิของผู้ป่วย(สุขภาพประเสริฐทรง ,2543 ) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชนมีจุดมุ่งหมายเินการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนโดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล เป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสมเพื่อให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก ( Montgomery,Stull & Borgatta, 1985 )

ซึ่งถ้าจะพิจารณาถึงลักษณะของผู้ป่วยประกอบกับสภาพการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจะยังมีความผิดปกติทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเรียนการทำงานบกพร่อง รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์บกพร่อง ซึ่งภาวะบกพร่องดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสังคม เช่น การติดสารเสพติด การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเป็นเหยื่อทางเพศได้ ( จินตนา ลีละไกรวรรณ ,2542) และในผู้ป่วยจิตเภทบางรายเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดหรือช่วยจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน( Ruppert ,1996 ) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าหลวงในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 49 ราย โดยพบว่าผู้ป่วย 23 รายที่มีประวัติการป่วยซ้ำ ( สถิติผู้ป่วยจิตเวช รพ.ท่าหลวง , 2547 ) มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ญาติปรับขนาดยาให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ผู้ดูแลขอยาเพื่อนบ้านที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชให้ผู้ป่วยรับประทาน บางรายมีอาการกำเริบทำร้ายผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์และไม่ได้รับความช่วยเหลือ นอกจากนั้นผู้ดูแลต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือหารายได้มาจุนเจือครอบครัวซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลและรู้สึกเป็นภาระตามมา จากการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวงจำนวน 10 คน พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 6 คน ความเครียดระดับสูง 2 คนและระดับน้อย 2 คน ซึ่งสอดคล้องกับ ไสภา มุสิโก (2544) ได้ศึกษาระดับความเครียดและเหตุปัจจัยความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2544 จำนวน 280 ราย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 57.5 เครียดระดับต่ำร้อยละ 28.2 และมีความเครียดระดับสูงถึงร้อยละ 14.3 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดสูงมากถึงน้อยตามลำดับคือ ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านเศรษฐกิจ สังคมและส่วนตัว และด้านระบบบริการสุขภาพจิต เห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอท่าหลวงมีความเครียด และความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทางอารมณ์ที่ผู้ดูแลมีต่อประสบการณ์การดูแล ซึ่งจะส่งผลถึงประสิทธิภาพการดูแล มีการศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นมักมีการแสดงออกทางอารมณ์หรือexpressed emotion (E.E.) ในระดับสูง ( อุมพร ตรังคสมบัติ , 2544)

Bull (1990) , Shelves (1986) , Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล (2536) , Crotty, kuly (1986) , Montgomery, et al.(1985) พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล เช่น ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ ในด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในครอบครัวสายตรง การศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และอายุของผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมที่น่ากลัว รุนแรง และแปลกประหลาดรวมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอท่าหลวงพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ก่อให้เกิดภาวะของผู้ดูแลได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล (1) ระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เวลาส่วนตัวลดลง ไม่ได้ออกไปทำกิจกรรมกับสังคมนอกบ้านและเกิดความเครียดตามมา บางรายส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ (2) ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เช่นการปรับยาให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ยืมยาจากเพื่อนบ้านให้ผู้ป่วยรับประทาน (3) รายได้ของครอบครัว ซึ่งพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในเขตอำเภอท่าหลวงประกอบอาชีพทำไร่ ไร่จ้างตัดอ้อยและไร่จ้างทั่วไปผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในชีวิตประจำวันและการเดินทางไปตรวจรักษาเมื่อมีอาการกำเริบ (4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการสื่อสาร ได้แก่ขาดการให้กำลังใจจากเพื่อนบ้านเนื่องจากรู้สึกอายเมื่อมีผู้ป่วยโรคจิตในบ้าน ขาดการให้คำแนะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมที่รุนแรงและไม่สามารถดูแลตนเองได้ของผู้ป่วยจะมีผลต่อภาวะการดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลในเขตอำเภอท่าหลวง ทั้งทางด้าน การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านความรู้สึกรวมถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก ภาวะของผู้ดูแลจึงเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แนวคิดของ Montgomery, Gonyea , Hooyman (1985) ได้แบ่งภาวะการดูแลออกเป็น 2 มิติ มิติแรกคือภาระเชิงปรนัย ( objective burden ) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมใน

สังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ กระทั่งต่อเศรษฐกิจ มิติที่สองคือ ภาระเชิงอัตนัย ( subjective burden ) เป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล การที่ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระในการดูแลและจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยารักษาโรคจิตให้ ไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจ หรือเกิดภาวะการทอดทิ้งผู้ป่วย ซึ่งสร้างความสะเทือนใจให้ผู้ป่วยอย่างมาก ( วัชรภรณ์ ลือโฮงศ์ , 2541) และการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ ( เพชรรี คันธสายบัว ,2544 ) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( ทูลภา นุภาสังข์, 2545 ) จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาอันยาวนานในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนต้องอดทนต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่เอาใจใส่ และละเลยช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาด ประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ป่วยซ้ำและจะส่งผลถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยตามมา

โรงพยาบาลท่าหลวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีภารกิจในการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น โดยครอบคลุมการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การดูแลระดับประคับประคอง รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม ( สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ซึ่งจากการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมาในเขตอำเภอท่าหลวงมีเพียงพยาบาลวิชาชีพซึ่งรับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเป็นผู้จัดบริการ บริการที่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชคือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบโดยประสานงานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนั้นได้ให้บริการประสานงานกับโรงพยาบาลทั่วไปในการรับยาจิตเวชต่อเนื่องให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเดินทาง ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่มีบริการที่จัดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เหตุผลประการสำคัญคือ ยังไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญและหรือผ่านการอบรมด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เมื่อเป็นเช่นนี้จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไปรับยาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรงไม่ได้รับการดูแล รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่บ้านไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

การบริการสุขภาพจิตในเขตจังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตภาคกลางมีโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 2 แห่ง โดยมีการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช ในด้านการรับยาต่อเนื่องและการส่งต่อ โดยไม่มีจิตแพทย์

นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด และการบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

สำหรับปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอท่าหลวง คือ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดยา บางรายมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำ และผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวโดยต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่า บริการที่จัดให้ผู้ป่วยเป็นแบบแยกส่วน ไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายในศูนย์สุขภาพชุมชนดูแลต่อเนื่อง และการจัดบริการไม่ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชทุกราย จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องมีการจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการที่มีคุณภาพแบบองค์รวมอย่างทั่วถึง

เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ทั่วถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ ราคาเป็นธรรมโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ให้ประชาชนสุขภาพดี โดยระบบสุขภาพได้เน้นการดูแลแบบองค์รวมในลักษณะของสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จากการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ ( จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์, 2546 ) พบว่า การจัดการรายกรณี ( Case Management ) เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆเพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้ใช้บริการทุกคนเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ ( Managed care ) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ งานเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย การดูแลรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย เป็นกระบวนการบริการสุขภาพทั้งหมดที่บุคคลหรือครอบครัวได้รับตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยในทุกสถานที่ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือบ้าน โดยมีเป้าหมายให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งแบบแผนการดูแลที่ผู้จัดการผู้ป่วยได้เลือกออกแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้เป็นไปตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง แผนการดูแลนี้ต้องสอดคล้องกับแผนการดูแลที่ได้จัดทำไว้แล้วเป็นแนวทางปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพและเป็นที่ยอมรับทั้งในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้มีการศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยผ่าตัดใส่ลิ้นที่ขาหนีบ ผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารและผู้ป่วยออโรปิติกส์ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตจังหวัดขอนแก่นและสกลนคร พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการป่วยซ้ำลดลงและมีความพึงพอใจในระบบบริการ

สำหรับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจะให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ ต้องการผลลัพธ์ในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย ควบคุมการใช้ทรัพยากร ตลอดจนประสิทธิภาพของการให้บริการ คือ ต้นทุนต่ำ ระยะเวลาที่เหมาะสมและบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลท่าหลวงที่มุ่งสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ( Hospital Accreditation ) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promotion Hospital ) ที่มุ่งเน้นในการดูแลที่ผู้ป่วย ( Patient Focus ) ผู้จัดทำโครงการจึงเลือกบริการที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case management ) โดยพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรง แก่ผู้ป่วยหรือต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำบำบัดรักษา (Clinicians) และมีการจัดกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกัน ซึ่งในขั้นตอนของการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกันในการประเมินปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวทางลดภาระการดูแล ( Elloit ,1998 ) สามารถลดได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษาด้วยยาและการไม่ใช้ยาได้แก่การลดพฤติกรรมของป่วยที่เป็นปัญหา การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสม และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ดูแลมีความรู้และจัดการเรื่องเวลาในการดูแล รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็ ผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่แสดงถึงความเป็นอิสระและใช้ทักษะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ( Andrew et al, 2001 ) ในการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทวิชาชีพ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำ สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข และเป็นภาระต่อผู้ดูแลน้อยที่สุด การนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคาดว่าจะลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้ และจะเป็นประโยชน์ในการจัดรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

## แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจาก ถ้าสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เหลืออยู่ภายหลังการเจ็บป่วยทางจิตอย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับสภาวะปกติ จะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยและยังสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case management ) ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ ที่เน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบนี้ได้มีการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ( ศุวัชรีย์ งามพินัย, 2543 ) และผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ( จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543 ) ได้ผลลัพธ์ในการลดค่าใช้จ่ายการใช้เครื่องช่วยหายใจ, จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง, บุคลากรมีความพึงพอใจในการทดลองใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี, ค่าเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และจำนวนวันนอนเฉลี่ยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนลดลง ก่อนทดลอง Powell (2000) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ ผลลัพธ์ที่เกิดทางด้านคลินิก ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านคลินิกที่ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ ผลลัพธ์ด้านบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ดูแลมีสุขภาพดี และผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และผลลัพธ์ด้าน การจัดการ การบริหารและระบบ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ดีขึ้น ครอบครัวได้รับการสนับสนุน ทางด้านการเงิน จิตสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้มีการจัดระบบบริการดังต่อไปนี้

### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบโครงการจากผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2 ทำแผนการดูแลผู้ป่วย ( Clinical pathway ) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล โดยพยาบาลจิตเวชจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อซึ่งจะทำให้ทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจในแผนการดูแล สามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีจัดประชุม เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้รับรู้บทบาทในการดูแล และสามารถประสานความร่วมมือในทีมโดยมุ่งให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

### 2. ชั้นดำเนินการ

2.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย ( Health Assessment / Screening ) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผู้ดูแลที่มีการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไปรวมทั้งต้องการการดูแลแบบ Case management และร่วมกันประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดีคือ ความสามารถศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวินิจฉัย ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 สร้างทีมงาน ( Team Building ) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหา โดยร่วมกันพิจารณาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่คุณภาพในการดูแลรวมทั้งร่วมกันวางแผนให้การดูแล เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วย ( Clinical pathway ) ที่ได้จัดทำไว้แล้วมาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลาโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความรู้สึกการไม่ได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง



2.3 ปฏิบัติการพยาบาล ( Providiry nursing care ) การดำเนินการตามแผนบุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลโดยช่วยให้ผู้รับบริการได้รับผลตามความคาดหวัง

2.4 ประสานการดูแลรักษา ( Coordinating / Care / Cure ) โดยพยาบาลจิตเวช ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานกับทีมสหวิชาชีพ /ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนที่กำหนด

2.5 ติดตามกำกับคุณภาพการดูแล ( Monitoring quality of care ) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม ซึ่งจะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีเวลาในการทำงานหารายได้ ปัญหาเศรษฐกิจลดลง ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียดและความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ลดลง

#### ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
2. กลุ่มเป้าหมาย คือ
  - 2.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผู้ดูแล
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ
  - 3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแล

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case Management ) หมายถึง ระบบการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ มีการคาดหมายระยะเวลาของการอยู่รักษา บอกรผลลัพธ์เป้าหมายและทิศทางการดูแลและประเภทของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง มีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ประสานการดูแลของทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วยและเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการ

นำทรัพยากรและการบริการในชุมชนสู่ครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดของ จินตนา ยูจินทร์และ  
อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) มีกิจกรรมดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบโครงการจากผู้บริหารโรงพยาบาลและ  
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2 ทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
และผู้ดูแล โดยพยาบาลจิตเวชจัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อซึ่งจะทำให้ทีมผู้ให้บริการมีความ  
เข้าใจในแผนการดูแล สามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ  
ญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัด  
การรายกรณีจัดประชุม เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน  
ชุมชน เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้รับรู้บทบาทในการดูแล และสามารถประสานความร่วมมือในทีม  
โดยมุ่งให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย (Health Assessment / Screening) โดย  
พยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน คัดเลือกผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไปรวม  
ทั้งต้องการการดูแลแบบ Case management และร่วมกันประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการ  
ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพ  
แวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดีคือ ความสามารถ  
ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการด้าน  
ต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวินิจฉัยปัญหา  
และความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 สร้างทีมงาน (Team Building) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการราย  
กรณี จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหา โดยร่วมกันพิจารณา  
ข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่คุณภาพในการดูแล  
รวมทั้งร่วมกันวางแผนให้การดูแล เป็นการนำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่ได้จัด  
ทำไว้แล้วมาปรับปรุงให้เป็นแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายและกำหนดกิจกรรมการ  
รักษาพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละช่วงเวลาโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่ง  
เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจาก

แหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความรู้สึกการไม่ได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

2.3 ปฏิบัติการพยาบาล ( Providiry nursing care ) การดำเนินการตามแผนบุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลโดยช่วยให้ผู้รับบริการได้รับผลตามความคาดหวัง

2.4 ประสานการดูแลรักษา ( Coordinating / Care / Cure ) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานกับทีมสหวิชาชีพ /ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนที่กำหนด

2.5 ติดตามกำกับคุณภาพการดูแล ( Monitoring quality of care ) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม ซึ่งจะทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีเวลาในการทำงานหารายได้ ปัญหาเศรษฐกิจลดลง ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกาย ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียดและความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ลดลง

**ภาระการดูแล** หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงความยุ่งยากจากการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย 2 มิติ แนวคิดของ Montgomery, Gonyea , Hooyman (1985) มิติแรกคือภาระเชิงปรนัย ( objective burden ) เป็นการรับรู้ระดับความยุ่งยากหรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมและปัญหาทางเศรษฐกิจ มิติที่สองคือภาระเชิงอัตนัย( subjective burden ) เป็นความรู้สึก ทัศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพใกล้บ้าน อันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิโดยมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการและจัดระบบบริการ