

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดทำโครงการศึกษาอิสระในครั้งนี้ได้ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการศึกษาอิสระนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
2. ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 2.1 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว
  - 2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
  - 3.1 ความหมายของภาวะในการดูแลตามแนวคิดต่างๆ
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล
  - 3.3 การประเมินภาวะในการดูแล
  - 3.4 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
  - 3.5 การพยาบาลเพื่อลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี
  - 4.1 แนวคิด หลักการ และรูปแบบและองค์ประกอบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
  - 4.2 บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ทักษะและบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
  - 4.3 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### 1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบบ่อยในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด และจัดเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช โรคนี้มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังและทำให้เสื่อมเสียหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม

#### 1.1.1 ความหมายผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรู้(cognition)ตั้งแต่อายุน้อยและความผิดปกติดังกล่าวมีการเลวลงอย่างรวดเร็ว ซึ่ง ( Bleuler1857-1939 อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช , 2542 ) เน้นว่าผู้ป่วยโรคนี้มีความแตกแยก ( schism ) ของความคิด ( thought ) , อารมณ์ (emotion ) และพฤติกรรม ( behavior ) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการ การคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือมีพฤติกรรมแปลกๆ ( อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์,2541 )

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด ( thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception)และพฤติกรรม (behavior)เป็นลักษณะสำคัญโดยไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางสมอง ( สมภพ เรื่องตระกูล,2542 )

#### 1.1.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน ( American Psychiatric Association, 1994 cite in Moller & Murphy,2001, สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 กลุ่มคือ

##### 1. อาการทางด้านบวก ( positive symptoms ) มีดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย คือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และ delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน ( hallucination ) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆชนิดที่พบบ่อย คือ หูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินนั้นเป็นเสียงคำพูดที่ร้ายหรือสบประมาทผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ เวลาฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราวเปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า Loose association คือ พูดจาเรื่อยเปื่อย ขาดความเชื่อมโยงเรื่องที่เล่า

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่สมวัย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง ทำทางสั้นไร้หนทาง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางครั้งมีพฤติกรรมไร้สาระ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจในสุขอนามัยส่วนบุคคลผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีพฤติกรรมที่แปลกพิกลที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ขาดการยับยั้ง เช่น การสำเร็จความใคร่ (masturbation) ในที่สาธารณะ มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ คืออาจจะทำอะไรรุนแรงโดยมีมีสาเหตุกระตุ้น

## 2. อาการทางด้านลบ ( negative symptoms ) มีดังนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย ( affective flattening ) สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia ) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจตอบ

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ( avolition ) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆ ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมสังคม

สรุปว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติหลายด้านเช่น การรับรู้ การคิด พฤติกรรม การแสดงออกและอารมณ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25 เท่านั้นที่รับการรักษาแล้วได้ผลดี ไม่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25 ต้องรักษาตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 ( ยาจิตเวช 2538 ) มักมีอาการเป็นๆ จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง แล มักมีอาการหลงเหลือจากการเจ็บป่วยซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยที่กลับมาอยู่บ้าน

### 1.1.3 การดำเนินโรคและความเรื้อรังของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล (2539) ได้แบ่งการดำเนินของโรคเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเวลาเริ่มมีอาการ ( Prodromal phase ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงาน ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันเหความสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไซยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งญาติสามารถสังเกตเห็นได้

2. ระยะเวลาอาการกำเริบ ( Active phase ) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อยๆส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก เช่น หลงผิดหวาดระแวง คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำหลายวันติดต่อกัน ไม่นอน เดินไปมา ก้าวร้าว หงุดหงิด อุนเจียว ส่วนด้านอารมณ์พบว่าจะแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ สำหรับด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ทักษะทางสังคมเสื่อมลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน

3. ระยะเวลาอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล หลงผิด อาการประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่รบกวนผู้ป่วยมากนัก ในระยะนี้จะพบลักษณะอาการทางลบ เช่น พฤติกรรมการทำหน้าที่น้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังอาการกำเริบ บางรายอาจมีอาการนานกว่านี้

## 1.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ไม่ตรงความเป็นจริงมีพฤติกรรมที่ไม่ปกติ รวมทั้งมีอาการแปรปรวนร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลตลอดชีวิต ( ยาใจ สิทธิมงคล,2538 ) และจากการศึกษาติดตามผลการดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 78 จะมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนานเรื้อรังและมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือเรียกว่า “การกำเริบซ้ำ” ( Relapse ) ซึ่งการกำเริบซ้ำนั้นยังเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใดศักยภาพในการดำรงชีวิแทนทุกด้านของผู้ป่วยจะเสื่อมถอยลงเท่านั้น( มาโนช หล่อตระกูล , 2543 ) ซึ่งรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนไปจากเดิม คือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาทางจิตขึ้น ซึ่งเรียกว่า งานสุขภาพจิตชุมชน ( Community mental health ) เป็นศาสตร์ที่ผสมผสานความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพในการปฏิบัติ การให้บริการทางสุขภาพโดย

การให้การดูแลในชุมชนและการเข้าถึงประชาชนในชุมชน โดยเน้นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริม (promotion) การป้องกัน (prevention) การคัดกรองเบื้องต้น (early detection) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ซึ่งบทบาทของพยาบาลโดยทั่วไป ได้แก่ การเป็นผู้ให้บริการ บริการพยาบาล เป็นผู้ให้ความรู้ให้คำแนะนำและให้การปรึกษา เป็นผู้นำ ผู้บริหารจัดการ ผู้ประสานงาน และเป็นผู้รักษาสิทธิประโยชน์ บทบาทดังกล่าวเป็นการป้องกัน 3 ระดับคือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พยาบาลจิตเวชสามารถดำเนินการตามบทบาทโดยการใช้กระบวนการพยาบาล การให้บริการพยาบาลในระดับต่างๆ ( วาริรัตน์ ถาน้อย , 2545 ) มีดังนี้

1. การให้บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยเป็นบทบาทผู้ให้บริการเพื่อการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรองเบื้องต้น การดูแลรักษาเบื้องต้นโดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนในการดูแลตนเองและใช้ทรัพยากรในชุมชนรวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ( ทศนา บุญทอง, 2543: 68 ) นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการส่งต่อผู้เจ็บป่วยทางจิตที่เกิดศักยภาพการดูแล ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นการให้บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิจึงเป็นการดูแลประชาชนที่อยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ให้รู้จักการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและชุมชนซึ่งสามารถกระทำได้ในหลายลักษณะ โดยการประสานความร่วมมือกับครอบครัวชุมชนหน่วยราชการ และหน่วยงานในชุมชน เช่น วัดโรงเรียนโดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือการช่วยเหลือ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ทั้งทางด้านนโยบายสาธารณสุข ชีวจิตวิทยา พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ จิตสังคม และสังคมวิทยาผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

2. การให้บริการพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นบทบาทการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทุกวัยเพื่อการป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและผลกระทบ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องใช้ความรู้ความชำนาญ

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศนั้น มีการให้บริการแบบ Assertive community treatment ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใกล้ชิดในชุมชน นอกจากนี้ยังมี Psychological interventions และ Family interventions ซึ่งมีการจัดกระทำทางจิตและครอบครัว โดยให้มีการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งในอนาคตจะมีการพัฒนาการบริการเป็นแบบมีการจัดกระทำด้านความคิดและพฤติกรรมไปพร้อมๆกัน

### 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี นั้นจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน โดยแบ่งได้เป็น 3 แบบ

1. ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน เอะอะอาละวาด ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น
2. ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเวลานาน รับประทานยาที่โรงพยาบาลท่าหลวง มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลืองานบ้านได้ บางรายยังมีอาการหูแว่วอยู่ แต่ไม่รบกวนผู้ป่วย

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลท่าหลวงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีเพียงพยาบาล วิชาชีพ 1 คนที่ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การพยาบาลที่ปฏิบัติในปัจจุบันมีดังนี้

การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จะให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย เช่น ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ และดูแลการผูกมัดไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งการประสานโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องอาการของผู้ป่วย

การพยาบาลในผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชและรับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชนและไม่ได้ติดต่อกับทางโรงพยาบาลท่าหลวง ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแล

การพยาบาลในผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเวลานานและ รับประทานยาที่โรงพยาบาลท่าหลวง เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเรื่องการรักษา

ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พยาบาลยังขาดรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน ไม่มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องดูแลกันตามลำพัง ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงพบว่ามีผู้ป่วยอาการกำเริบและป่วยซ้ำบ่อย ส่งผลต่อภาระการดูแลหนักของผู้ดูแลตามมา

## 2. ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลและครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ( Physical domain) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว ดำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าวและฆ่าตัวตาย เป็นต้น ( เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงอาจถึงล้มป่วย เช่นการศึกษาของ วรภช นิธิกุล (2535) ได้ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 คนในโรงพยาบาล ศิริธัญญาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความเครียดเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน มีพฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางรายทำลายสิ่งของภายในบ้าน ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

2.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ( Psychological domain ) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลายด้านเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จะรู้สึกเครียดกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยที่ไม่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่ง มนตรี อมรพิเชษฐกุลและ พรชัย สงวนสิน (2544) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 66.67 และ Johannesและคณะ 2003 ได้ทำการศึกษาภาระเชิงอัตนัยมากกว่า 12 เดือนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาานาน จะทำให้ครอบครัวมีความเครียด ซึ่งหนึ่งในสาเหตุของความเครียดคือผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจะเรียนรู้โดยการลองผิดลองถูกทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สับสนและเหนื่อยล้า

2.1.3 ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ( Level of independence ) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระลดลง เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาการดูแลที่แน่นอนขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย มนตรี อมรพิเชษฐกุลและ พรชัย สงวนสิน (2544) พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 41.67 ชีวิตความเป็นส่วนตัวแย่งไปกว่าเดิม และชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่

เป็นภาระต่อผู้ดูแลหลายเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานยา การมีพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกที่ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง

2.1.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( Social relationship ) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลายาวนาน และการเฝ้าดูแลพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เกิดความเหินห่าง สอดคล้องกับ วรกช นิธิกุล (2535) ที่พบว่าผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมดังแต่ก่อนและมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์น้อยลงซึ่ง ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้ทำการศึกษาความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีความรู้สึกแยกตัว ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยแยกตัวทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลออกจากสังคมของครอบครัวหรือชุมชนด้วยความรู้สึกอายที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตและกลัวว่าผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้อื่นรังเกียจ

2.1.5 ด้านสิ่งแวดล้อม ( environment ) การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลจะส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย เช่น บุคคลอื่นๆในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร หูแว่ว หวาดระแวงซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและละเลยความต้องการของบุคคลอื่นในครอบครัว เป็นเหตุให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความน้อยใจคับข้องใจ และในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ดูแลตนเอง ต้องให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรวมไปถึงการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย เช่น บริเวณที่นอน และจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด

2.1.6 ด้านจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล ( Spirituality / Religion / personal beliefs ) โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ของขลัง โศกชะตา และจิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตไม่มีสาเหตุเด่นชัด ซึ่งอาการแสดงออกจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางกายทั่วไป ในผู้ป่วยบางรายก่อนที่จะมาพบแพทย์มีประวัติไปรดน้ำมนต์หรือไปให้หมอผีขับไล่ผีมาแล้ว กว่าจะมาพบแพทย์จะมาด้วยอาการทางจิตมากขึ้น และจะส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลต่อไป จากการศึกษาของ กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ที่ทำการศึกษา ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 200 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเชื่อว่าเป็นผลกรรมในชาติปางก่อนเกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทย์มนต์คาถา และการรับประทานอาหารบางอย่าง ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยจะรักษาทางไสยศาสตร์ควบคู่กับการรักษาทางแพทย์

นอกจากนี้การที่มีบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักเสื่อมเสียการทำ



หน้าที่ทางด้านสังคมและด้านการงาน และมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว ซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

### 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว

จากผลการศึกษาปัญหาความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) พบว่า ความรู้สึกต่างๆทางอารมณ์ เช่น ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกหมดหวัง หมดพลัง ความกลัว ความรู้สึกแยกตัว มีความสัมพันธ์กัน เช่น จะรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย ต่อมาจะรู้สึกสงสารเพราะตระหนักว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้และในที่สุดรู้สึกเศร้าจากความรู้สึกหมดหวังได้ คือความรู้สึกต่างๆจะเป็นพลวัตร กลับไปกลับมาและ แสทฟิลด์ (1979) ได้รายงานผลการสำรวจสภาพความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 89 รายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียด 65 % มีความวิตกกังวล 30% และ 24% มีความรู้สึกขุ่นเคืองใจ และ 22% มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ

### 2) ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งถ้าผู้ป่วยเป็นกำลังหลักในการหารายได้ในครอบครัวย่อมจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมา จากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สงวนสิน (2544) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 19.01 มีหนี้สินอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่วนความรู้สึกเดือดร้อนทางด้านการเงินพบว่ามีความรู้สึกเดือดร้อนน้อย ปานกลาง และเดือดร้อนมาก ร้อยละ 37.24 , 22.66 และ 5.73 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ประรณดา บริจันทร์และคณะ ที่ได้ศึกษาพบว่า การที่ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชไว้ในความดูแลทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

### 3) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ย่อมส่งผลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องใช้เวลาในการดูแลตลอดเวลา สมาชิกบางรายพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับเนื่องจากมีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย รับประทานอาหารได้น้อย จากการศึกษาของ วรกช นิธิกุล (2535) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่นอนตอนกลางคืน รบกวนการพักผ่อนของคนอื่น บางรายทำร้ายร่างกายและทำลายข้าวของ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สงวนสิน (2544) และ วรกช นิธิกุล (2535) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดด้านสังคมและชีวิตส่วนตัว

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลจะมีหน้าที่และบทบาทในการให้

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่รุนแรงและลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## 2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง (APA ,1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล ,2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหาย ๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง ฮอโรวิทซ์ ( Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ดรุณี คชพรหม , 2543 ) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

2.2.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ป่วยต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

2.2.1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2.2.1.2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

2.2.1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

2.2.1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้ เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

2.2.1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

2.2.1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

2.2.1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

2.2.1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะ เป็นทักษะการรับประทาน การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2.2.1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะ และสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

2.2.1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

2.2.1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2.2.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ( emotional and psychological support ) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเองโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค้ำจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.2.2.1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2.2.2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.2.2.3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

2.2.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

2.2.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

### 3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่พบมากในชุมชน ซึ่งครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะในการดูแลตามมา ยิ่งถ้าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือเป็นญาติสายตรงกับผู้ป่วยจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลที่เพิ่มขึ้น หรือในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากและต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวซึ่งการรับรู้ภาวะการดูแลจะเพิ่มขึ้นตามมา

### 3.1 ความหมายของภาระในการดูแลตามแนวคิดต่างๆ

ความหมายโดยทั่วไป ของภาระจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า ภาระ หมายถึง ภาระงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา

George & Gwyther (1986) ให้ความหมายภาระว่า เป็นความยากลำบากหรือ เป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ เฟดเดอร์เซน ( Feddersen ,1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540:13 ) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งผู้ดูแลจะต้อง อดทนต่อสภาพนั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และ ปัญหาด้านการเงิน

Miller,et.Al. ( 1991 ) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการตอบสนอง ต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับมือกับและดูแลผู้ป่วย

Thomson and Doll (1982) , Leflery (1993) , Cook, et all. (1994) และ Montgomery Gonyea and hooyman (1985) ให้ความหมายของภาระของว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย ( Objective burden ) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรงมีกรอบและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น ความมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพการสมาชิกในครอบครัวลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย ( Subjective burden ) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลที่มีทั้งเหมือนกัน ต่างกันและใกล้เคียงกัน ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งการนำแนวคิดไปใช้ควรจะเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับมุมมองและความสนใจที่เหมาะสมกับปัญหาและกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้ศึกษาสนใจศึกษาคือ แนวคิดภาระของผู้ดูแล ( Caregivers Burden ) ของ Montgomery,et.al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึก ที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย ( Objective burden )

เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ

2) ภาระเชิงอัตนัย ( Subjective burden ) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

#### 3.2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล

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

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 )

จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอพบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นผู้สมรสของผู้ป่วยร้อยละ 10 ( Jones, 1996 ) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดาหรือพี่น้องผู้ป่วย ( Thomson and Doll , 1982 )

3) การศึกษาจะช่วยให้บุคคล มีข้อมูลและความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มี

การศึกษา หรือมีการศึกษาที่ดีกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ ( Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 )

4) รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว ( Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 ) Montgomery, et al. (1985) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลคือผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน อธิบายว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

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

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

7) การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล ( Crotty & Kuly, 1986 ) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำการให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา ( Montgomery, Stull, & Borgatta , 1985 )

### 3.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

1) พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่พฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล ( Maurin & Boyd, 1990 ; Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว , 2543 ) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่

สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้ เช่น ในประเทศอินเดียมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สนใจตนเอง เจ็บ เจื่อยซา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลกๆ ก้าวร้าว พบว่า คะแนนภาระไม่ต่างกันมากในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวกมีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ( Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991 ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โปแทสซิก ( Potaszik & Nelson ,1984 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล , 2538 ) โดยได้ทำการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 43 ราย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเดือดร้อนในระดับสูงของญาติได้แก่ อาการของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การหลงผิด และ เทสเลอ ( Tessler, Killian, & Gubman, 1987 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543 ) ได้กล่าวว่า ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่บ้านมีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก ( Salleh, 1994 )

2) จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่า จำนวนครั้งของการเข้าโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย ( Salleh, 1994 )

### 3.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลซึ่งแตกต่างกัน ทำให้แบบภาระในการดูแลแตกต่างกัน ซึ่งนักวิจัยจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง ( Thompson, Futterman, Gallagher – Thompson, Rose , & Lovetts, 1933 อ้างถึงใน ดร.ณิ คชพรหม ,2543 ) เครื่องมือส่วนใหญ่ อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ( Miller et al.,1991 ) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ ( Montgomery et al., 1985 ) ส่วนภาระเชิงอัตนัย จะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ( Montgomery et al., 1985: Platt,1985 ) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบผู้ดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกัน



สำหรับเครื่องมือประเมินภาวะของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว ( Kosberg, Cairl, & Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนที่ได้ไม่สามารถแยกมิติของภาวะการดูแลได้ จะเห็นได้ว่า เครื่องมือประเมินภาวะของผู้ดูแลแต่ละมิติจะยึดปัญหาที่เกิดจากการดูแลเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้กับผู้ดูแลกลุ่มอื่นที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้น การจะนำเครื่องมือมาใช้จึงต้องประเมินว่าเครื่องมือเหล่านั้นสามารถประเมินภาวะของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด รวมทั้งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเพื่อที่จะให้การประเมินภาวะของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al., (1985) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่าการมองภาวะใน 2 มิติมีความครอบคลุม สามารถประเมินภาวะของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ชัดเจนมากขึ้น

### 3.4 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

จากแนวคิดของภาวะการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายนั้น Miller, McFall & Montgomery (1991) กล่าวถึงภาวะการดูแลว่า เป็นผลสะท้อนจากความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) มองว่าภาวะของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 มิติ คือ เชิงปรนัย ( objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลงการมีกิจกรรมในสังคมลดลงมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ส่วนภาวะเชิงอัตนัย ( subjective burden ) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกิดกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับ

Greenberg, Greenley, McKee, Brown & Griffin-Francell (1993) ศึกษาผลของภาวะเชิงอัตนัยต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) และความรู้สึกกังวล (worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ รุจา ภูไพบูลย์ (2535) กล่าวว่า ภาวะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดท้อกำลังใจ เช่นเดียวกับ Seigel, Raveis, Mor & Houts, 1991 cited in Loukissa, 1995 ได้สำรวจความคงทนกับภาวะของผู้ดูแลของคู่สามีภรรยาจำนวน 295 คู่พบว่า ภาวะเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยมากกว่าภาวะเชิงอัตนัยและ

ภรรยา มีภาวะมากกว่าสามี และ Eakes (1995) ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน สิ้นหวัง เกิดความยุ่งยากใจมากเมื่อทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นตลอดเวลา สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะบิดามารดา มีภาระในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนเพราะกิจกรรมการดูแลเป็นงานที่ไม่จบสิ้น รวมทั้งการดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ นอกจากนี้ แฮทฟิลด์ (Hatfield, 1987 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล , 2538 ) สำรวจความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในสหรัฐอเมริกาจำนวน 89 ราย พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัวร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวลร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้องร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิงร้อยละ 20 และครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยร้อยละ 22

Provencher (1996) ได้ศึกษาผลของภาระเชิงประนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า เกิดผลกระทบในด้านลบแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัวร้อยละ 74 ปัญหาทางอารมณ์ร้อยละ 57 ปัญหาทางด้านสุขภาพร้อยละ 53 รวมทั้งผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต การงาน ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก

สรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลทั้งทางด้านประนัยและอัตนัยซึ่งสอดคล้องกับการมองภาระของมอนต์โกเมอรี, กอนเยียและฮอยแมน ( Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985 )

### 3.5 การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากภาระเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตใจผู้ดูแล ซึ่งการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลประกอบด้วย

1. การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ( Patient interventio ) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด ได้แก่ (Elloit,1998)

- การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่นพฤติกรรมบ้าบอดต่างการฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วย

ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและช่วยลดอาการนอนไม่หลับ (Elloit,1998)

## 2. การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ( Caregiver intervention )

2.1 การให้ความรู้ ( Education ) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ ( Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ ,2545 ) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ Kasuya ( 2000 ) นอกจากนี้ยังมี ดร.ณิ คชพรหม (2543) ที่ทำการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

2.2 กลุ่มสนับสนุน ( Support group ) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล โดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน ( Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ ,2545 ) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา เฮา & เฮา ( 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

2.3 ครอบครัวบำบัด ( Family therapy ) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก ( Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ ,2545 )

2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว ( Develop Family Strength ) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับมือกับความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชและต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวันรวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

2.5 ให้ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการรักษา ( Involving Caregiver in treatment ) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวยุติเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวยุติไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ( Elliot, 1998 ) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย( จอม สุวรรณโน, 2541 ) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพและผลลัพธ์การดูแลในทางบวก ( Kramer, 1993 อ้างใน จอม สุวรรณโน, 2541 ) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ทำให้ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง ( Mohr, 2000 )

สรุปแล้วการพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 2 แนวทางคือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษามีความสนใจที่ลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์และอัญชัญ ไพบูลย์ ( 2546 ) ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผลสมผสาน หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองดีขึ้นซึ่งจะลดปัจจัยด้านผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตลอดจนวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้

#### 4. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case management )

##### 4.1 แนวคิด หลักการและรูปแบบและองค์ประกอบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

###### 4.1.1 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เป็นแนวคิดให้บริการอย่างเป็นระบบที่เน้นในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เหมาะสมและบริการที่เข้าถึงผู้รับบริการทุกคน การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ ( Managed Care ) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองของความ

ต้องการ/ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติ งานเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่ายได้( จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์,2546 )

#### 4.1.2 ความหมายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

มีผู้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case Management ) ไว้หลายคนดังนี้

Zander (1988:23) ได้กล่าวว่า Case Management เป็นการจักระบบการดูแลผู้ป่วยที่จึนนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม

American Nurse Association (ANA) ( 1991:6 อ้างถึงใน Powell , 1996 : 5 ) กล่าวว่า Case Management คือกระบวนการทางสุขภาพที่มีเป้าหมาย คือ การให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการแยกการให้บริการที่เป็นส่วนๆ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และควบคุมค่าใช้จ่ายได้

Latini and Foote ( 1992 : 51-52 อ้างถึงใน Powell, 1996 : 6) กล่าวว่า Case Management คือระบบการให้การดูแลที่มุ่งเน้นการปรับปรุงในเรื่องการเน้นเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วย ในเรื่องเวลาที่เฉพาะเจาะจงผสมผสานความสามารถของสมาชิกทีมสุขภาพโดยใช้แผน ( Clinical pathway ) คาดหมายระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล บอกผลลัพธ์ เป้าหมาย และบอกทิศทางของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเภทของการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง

Sowell and Meadows ( 1994 : 54 ) กล่าวว่า Case Management เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ คล้ายกับการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้รับบริการกับผู้จัดการผู้ป่วย ความเป็นหุ้นส่วนได้แก่ การวางเงื่อนไขในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยการเชื่อมโยงผู้รับบริการกับแหล่งทรัพยากรที่หาง่าย และจัดให้มีการประเมินการดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามผล

Wolk and Sullivan ( 1994 : 153, Rossi, 1999 ) กล่าวว่า Case Management เป็นกระบวนการสร้างสรรค์และการร่วมมือในการให้บริการ โดยมี กระบวนการประเมิน การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน กรเป็นตัวแบบ การตรวจตรา การประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยให้ทางเลือกและการให้บริการตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยใช้การสื่อสาร และทรัพยากรที่หาได้ง่ายในการส่งเสริมคุณภาพของผลลัพธ์การให้บริการ

Case Management Society of America ( CMSA ) ( อ้างถึงใน เรวดี และคณะ, 2543 ) ได้ให้ความหมายของ Case Management ว่า เป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตาม และประเมิน ทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

Young and Sowell ( 1997 : 13 ) กล่าวว่า Case Management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ รักษาคุณภาพของผลการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้อยู่บนพื้นฐานของสหวิทยาการและการทำงานร่วมกับผู้อื่น

กล่าวโดยสรุป Case Management เป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยรวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

#### 4.1.3 รูปแบบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะแบ่งตามความสนใจ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ( Conti, Roberta M, 1993 : 18-21 ) ซึ่งประกอบด้วย

1. Private case management เป็นการจัดการให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่ไม่ได้ครอบคลุมบริการของรัฐ
2. Social case management เน้นที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีที่อยู่ในชุมชนและต้องการบริการที่สนับสนุนโดยรัฐ หรือตัวแทนที่ช่วยเหลือชุมชน มุ่งหมายที่จะให้อำนาจแก่ผู้รับบริการจนบริการจากระบบการจัดการไม่เป็นที่ต้องการแล้ว
3. Primary care case management อยู่บนพื้นฐานทางอายุรกรรม มีการประสานระหว่างแพทย์และการควบคุมดูแลสุขภาพ
4. Insurance case management จะจัดการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดการทั้งทางการแพทย์ ความจำเป็นในการดูแลทางสังคม เพื่อป้องกันการเพิ่มปัญหาและคงสภาพไว้
5. Nursing case management เป็นการจัดการของพยาบาลต่อกระบวนการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในสถานดูแลสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของ Nursing case management ที่นิยม

ใช้ในปัจจุบันมี 5 รูปแบบ โดยแบ่งตามระดับบริการ ( Knollmeuller, 1989 ; Olivas, et al., 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2543 )

5.1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของนิวอิงแลนด์ ( New England Model )  
มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในช่วงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5.2 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยของอริโซนา ( Arizona Model ) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.3 รูปแบบการจัดการสุขภาพแบบสมบูรณ ( Health Maintenance Model ) มุ่งเน้นการจัดการแบบต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีในระยะก่อนการเจ็บป่วยรวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.4 รูปแบบชุมชน ( Public Health Model ) มุ่งเน้นการจัดการให้แก่ผู้รับบริการที่อยู่ในชุมชนซึ่งมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องการการดูแลเฉพาะด้าน

5.5 รูปแบบศูนย์พยาบาล ( Nursing Center Model ) มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการดูแลทั้งหมด

### รูปแบบการดำเนิน Case management ประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้

1. ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล ( Hospital Base ) การดำเนินการตามระบบ Case management ลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมกับ ( Discharge Plan) รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คัดค้านและการปรับปรุงคุณภาพด้วย

2. ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย ( Unit Base ) การดำเนินอาจจะดำเนิน 1 – 2 Unit เท่านั้นไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3. ดำเนินการในชุมชน ( Community Based ) การดำเนินของ Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

4. ดำเนินการจัดการรายโรค ( Disease management ) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

#### 4.1.4 องค์ประกอบของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี จะบรรลุผลสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

### 1. การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล

( collaborative practice ) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยหมายถึง การประสานงาน ( coordination ) หรือการรายงาน ( Report ) ความร่วมมือของผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ โครงสร้างที่สำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน และการประเมินผลสำเร็จ

1.2 การเตรียมการ ประกอบด้วยเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากร ได้แก่ ทีมงาน ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.3 การดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่และแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เครื่องมือที่สำคัญได้แก่

แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ( Clinical pathways ) หรือ Multidisciplinary action plans : Care MAPS เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาแผนการดูแลนี้จะเป็นมาตรฐานในการจัดและรวมบริการทางสุขภาพที่จัดให้บริการจากบุคลากรกลุ่มวิชาชีพต่างๆแผนการดูแลชี้ให้เห็นถึงความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่มสหวิชาชีพ ระยะเวลา ผลลัพธ์ของการดูแล และช่วยชี้แนะการจัดกิจกรรมแทรกแซงและผลลัพธ์ในภายหลัง ( Sally and Ka-fai,1999 อ้างใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ ,2546 ) และแผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพแต่ละแห่งจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่จะมีส่วนประกอบหลักๆที่เหมือนกัน 4 ส่วน คือ

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 หรือกลุ่มโรคนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา หรืออาจเป็นวันหรือสัปดาห์



3. Case Manager ( ผู้จัดการรายกรณี ) ข้อเสนอจากการใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆพบว่า ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ใ้เหมาะสมที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีความรู้พื้นฐานทางคลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นๆได้ดี และสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเป็นผู้ชำนาญทางคลินิก ( Clinical Nurse Specialist ) บางแห่งใช้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่ต้องมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี

#### 4.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ

##### บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพตามระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

##### 1. บทบาทของแพทย์ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน

###### 1.1 ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

- (1) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีมสุขภาพจิตในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา หรือแนวทางการรักษาอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- (2) เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ในการ ให้การบำบัดรักษา
- (3) ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชนและพิจารณาส่งต่อกรณีที่เกิดขีดความสามารถ

2. บทบาทพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว พยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ต้องออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง และมีบทบาทสำคัญ ดังนี้

2.1 ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยมตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2.2 ออกติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.3 ให้การปรึกษา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่อง

- (1) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง
- (2) การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
- (3) การแก้ไขปัญหา ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น
- (4) สิทธิบัตรต่าง ๆ และการติดต่อรับบริการ

### (5) การดูแลญาติแบบองค์รวม

2.4 ให้คำปรึกษา นิเทศงาน ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่และอาสาสมัคร  
สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย

2.5 ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม

2.6 จัดทำเอกสาร รายงานผลการติดตามเยี่ยม

### 3. เกสัชกร มีบทบาทและหน้าที่ในงานจิตเวชชุมชน ดังนี้

3.1 ด้าน Dispensing เป็นผู้ประสานงานในการกำหนดทางเลือก เพื่อรับบริการ  
ตรวจรักษาให้มีความเหมาะสม สะดวกและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นำไปสู่การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง  
ตลอดการรักษาพยาบาล

3.2 ด้าน Consultation คือ การให้ข้อมูลคำปรึกษา ความรู้ด้านยาและเวชภัณฑ์แก่  
บุคลากรทีมสุขภาพของหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ นำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่าง  
อยู่ในชุมชนภูมิลำเนาให้สามารถบริหารยาได้ถูกต้อง

3.3 ให้ข้อมูล คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยตรง  
กรณีพบความผิดปกติจากการใช้ของผู้ป่วย เช่น เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา Side Effect  
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดอาการเป็นพิษจากการใช้ยา เป็นต้น ผู้ป่วยไม่รับประทาน  
ยาตามคำสั่งแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างอื่นร่วมกับการรักษาอาการใช้ยาทางจิตและ  
ประสาท ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

3.4 ด้าน Drug Monitoring คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์  
จากการใช้ยากรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย หรืออยู่ในความสนใจของบุคลากร  
ทีมสุขภาพโรงพยาบาล

3.5 วางแผน นิเทศ ติดตามงานด้านเภสัชกรรมหน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่ให้บริการ  
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะ  
เกี่ยวกับการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขหรือ  
ดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

### 4. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) มีหน้าที่ดังนี้

1. เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับ  
ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประเมินผู้ป่วยและสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จาก  
แบบฟอร์มซักประวัติ และแบบฟอร์มต่าง ๆ ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่  
รวบรวมได้และพิจารณาใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Clinical  
Pathway) เป็นเครื่องมือในการติดตามการประเมิน และบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบ  
เทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละระยะโดยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

และมีการประชุมเพื่อเสนอความคิดเห็นแก่ทีมสหวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย ริเริ่มในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ประสานงานในการประชุมปรึกษาเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้มีความเหมาะสม จัดการประชุมทีมสหวิชาชีพทุกครั้งที่มีความแปรปรวนเกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การดูแลเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรในทีมมีความเข้าใจตรงกัน มีความพร้อมและมีศักยภาพที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงานให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

4. จัดทำบันทึกรวบรวมสถิติและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการบริการ และการศึกษาวิจัยต่อไป

#### ทักษะของพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี

ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอยู่หลายปัจจัย และที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเชี่ยวชาญของพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ทักษะของพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย ( More and Mandell, 1997 ; 50-58 อ้างถึงในจิราภรณ์ ศรีไชย, 2543 )

#### ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย

1. การติดต่อสื่อสาร พยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีเป็นตัวกลางในการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งหน่วยงานสุขภาพภายนอก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในด้านการพูดและการเขียน เข้าใจและถ่ายทอด ข้อมูลรวมทั้งความรู้ในระดับต่างๆได้เป็นอย่างดี

2. มีไหวพริบและมีความเป็นนักการทูต พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยควรมีไหวพริบเมื่อต้องติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสาน ใ้มนำขอความร่วมมือให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยไม่ทำให้เกิดความขัดแย้ง

3. มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ในการปฏิบัติงานย่อมเกิดความขัดแย้งได้เสมอ การแก้ไขปัญหาเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น ด้วยวิธีการที่สุภาพไม่แสดงท่าทางก้าวร้าว มีความจริงใจ สบตาและหลีกเลี่ยงการพูดเรื่องเก่าอันจะนำไปซึ่งความขัดแย้งและมีการใช้ไหวพริบร่วมด้วย

4. การร่วมมือ พยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ จึงต้องมีทักษะในการส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยของสมาชิกทีม เพื่อให้สมาชิกทีมแน่ใจว่าการร่วมมือที่เกิดจากความอิสระ บากบั่น ของสมาชิกทีมยังเป็นการทำงานร่วมกัน

5. การเจรจาต่อรอง การเจรจาเพื่อโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นทำตาม สร้างความน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มีความยืดหยุ่น การเจรจาต่อรองเป็นบทบาทสำคัญของผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ

ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

1. การตลาดและการสร้างเครือข่าย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการตลาดและการสร้างเครือข่าย เป็นการปฏิบัติเบื้องต้นในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายจะเป็นการพัฒนาและคงไว้ซึ่งการติดต่อกันรวมทั้งสัมพันธภาพของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

2. การสืบสวนสถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและหลากหลายเมื่อ พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยมีความสงสัย ควรพิจารณาใช้แนวทางที่หลากหลายในการสืบสวน เช่น การให้ความสนใจในรายละเอียด การจัดการกระทำข้อมูลให้กระจ่างชัด การใช้การแนะนำที่เหมาะสม และมีความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูลข่าวสาร

ทักษะความรู้พื้นฐาน ( Knowledge base skills ) ประกอบด้วย

1. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหา ( Critical thinking and problem solving ) ผู้จัดการรายกรณีควรมีการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากบทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวาง เช่น ต้องคอยกำกับ ติดตาม Clinical pathway ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้มีการเปลี่ยนแปลง ( Variances ) เกิดขึ้น

2. การวิจัย ( Research ) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือความเป็นวิชาชีพ และพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

3. การประเมิน ( Assessment ) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถในการประเมินที่ครอบคลุมปัญหา การประเมินควรใช้ความรู้ที่กว้างขวาง เก็บข้อมูลจากหลายแห่ง และใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี

### ทักษะส่วนบุคคล ( Personal skills ) ประกอบด้วย

1. การจัดการองค์กรและการบริหารเวลา ( Organization and time management )
2. การจัดลำดับก่อนหลัง ( Prioritization ) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทักษะการจัดการองค์กรและบริหารเวลา การจัดลำดับก่อนหลังควรคำนึงถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน
3. การแต่งตั้งตัวแทน ( Delegation ) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบและอำนาจให้กับลูกน้อง และเป็นผู้สนับสนุนให้ลูกน้องชี้แจงการปฏิบัติงานต่างๆ ได้
4. ความคิดสร้างสรรค์ ( Creativity ) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้
5. ควบคุมระเบียบวินัยในตนเอง ( Self-discipline ) เนื่องจากผู้จัดการรายกรณีมีอิสระในการทำงาน ควบคุมวินัยในตนเอง จะช่วยให้งานประสบผลสำเร็จ

บทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงที่ทำหน้าที่ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ

แนวคิดของการจัดการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องขยายบทบาทออกไปมากขึ้น พยาบาลผู้จัดการ (Nursing Case Manager) จึงมีบทบาทที่หลากหลายซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงดังนี้ คือ

1. ผู้เชี่ยวชาญ (Clinical expert) พยาบาลผู้จัดการต้องแสดงสมรรถนะทางด้าน การประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ใช้กระบวนการพยาบาล วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล และประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ใช้เทคโนโลยีและแนวทางการพยาบาลขั้นสูง นอกจากการทำบทบาทโดยตรงต่อผู้ป่วยแล้ว พยาบาลผู้จัดการยังต้องเป็นแบบอย่างและแหล่งประโยชน์ให้กับทีมพยาบาล
2. ที่ปรึกษา (Consultant) ด้วยความสามารถทางคลินิกและความรู้ในระบบการดำเนินงาน นโยบาย วิธีการทำงาน ตลอดจนมาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้จัดการจึงสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรต่างๆในหน่วยงาน ตลอดจนผู้ป่วยและญาติได้
3. ผู้ประสานงาน (Coordinator / Facilitator of patient care ) พยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่หลักในการประสานงานและการอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติตามแผน เพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือการทำงานแบบแยกส่วนของฝ่ายต่างๆ รวมทั้งการประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผู้จัดการ (Manager of patient care) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ในการตรวจสอบการทำงานของทีมนุภาพเพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องและตามระยะเวลาที่

กำหนด โดยการควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการด้วย

5. ผู้สอน (Educator) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่สอนผู้ป่วย ครอบครัว และทีมงาน

6. นายหน้า (Negotiator /Broker) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่เป็นนายหน้าหรือผู้ที่ทำหน้าที่เจรจากับหน่วยงานต่างๆ

7. เป็นปากเป็นเสียง ( Patient and family advocate ) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ประสานประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมงานสุขภาพ และเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการประสานแหล่งทรัพยากรที่จะให้ประโยชน์กับผู้ป่วย

8. ผู้ตรวจสอบคุณภาพการดูแล ( Outcomes and Quality Manager ) ถือเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการในการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคุณภาพที่เกิดขึ้น

9. นักวิทยาศาสตร์/นักวิจัย ( Scientist /Researcher ) พยาบาลผู้จัดการที่จบระดับมหาบัณฑิตจะเป็นที่คาดหวังให้ทำงานวิจัยของสถาบัน หรือเป็นที่ปรึกษางานวิจัยให้กับทีมพยาบาลในหน่วยงาน

#### 4.3 การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) มาใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจน และสามารถแก้ไขจำกัดในเรื่องการขาดแหล่งทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยกำหนดกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ การสรรหาและคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ ประสานงานและปรับแผนการรักษา การดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง ฝ้าติดตาม ประเมินสภาพและประเมินผล การประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

จากแนวคิดและรูปแบบการดูแล ซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ ซึ่งจะส่งผลถึงภาวะการดูแลตามมา สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย หรือบางรายมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น

ซึ่งผู้ศึกษาได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนประกอบด้วย

### 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 คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลในระดับปานกลางขึ้นไปรวมทั้งต้องการการดูแลแบบ Case management และร่วมกันประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดีคือ ความสามารถศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

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

เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความรู้สึกการไม่ได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

2.3 ปฏิบัติการพยาบาล ( Providiry nursing care ) การดำเนินการตามแผนบุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล โดยช่วยให้ผู้รับบริการได้รับผลตามความคาดหวัง

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

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

สำหรับผลลัพธ์จากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวดีขึ้น โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่ในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาพยาบาล ที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และติดต่อประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนเมื่อกลับบ้าน ทำให้เกิดผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจทั้งของ ผู้ให้และผู้รับบริการมีผู้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพไว้มากมาย (Coher E. and Gesta T., 1993 ; Powell K, 1996 : More and Mandeil, 1997 ) เช่น เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนจบ ลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ มีการจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว แสดงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล

จากผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดทำโครงการศึกษาอิสระ เมื่อนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและมีความสามารถ



จัดการกับอาการของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามมา

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินตนา ยูนิพันธุ์และคณะ (2547) ได้สร้างนวัตกรรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ( Case management ) เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ( Outcome Management ) โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขา ( Collaborative Team) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าและมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล ผลจากการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจระดับมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือนมากกว่าร้อยละ 80 และผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาลดลง รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามวิชาชีพ

Mueser และคณะ (1998) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 75 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การนำผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วยมาใช้ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยดังนี้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (61%) ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น (71%) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติของการใช้บริการทางสุขภาพจิตบ่อยๆ ลดอาการทางจิต (50%) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (50%) เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (21%) ลดการจำคุก (2/10) การประกอบอาชีพ (3/5) ความพึงพอใจต่อระบบ การจัดการดูแลผู้ป่วย (มากกว่า 50 %)

Chen et al.(2000) ได้วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีกับการดูแลผู้ป่วยตามปกติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 31คนและกลุ่มควบคุม 31 คน ใช้เวลาในการศึกษามากกว่า 5 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 450 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและการทำบาปทรมานที่เพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่า

ลัดดา ศักดาเดชฤทธิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management การศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management ผลการศึกษา ผลจากแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงการจัดการ (Managed Care) ทำให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสหภาพทุก

ระดับ โดยผู้ป่วย ครอบครัว การกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน (Clinical Pathway) ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขในครอบครัวและชุมชนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อให้เกิดความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ต่อระบบบริการ กับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ได้บริการที่มีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรประโยชน์สูงสุด

### กรอบแนวคิด

