

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
3. แนวคิดการดำเนินงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
5. ระบบบริการพยาบาลและบริการสุขภาพในชุมชน
6. การให้บริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัดสมุทรสงคราม
7. งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่รู้จักกันมานาน พบได้ทุกประเทศทั่วโลก คนทั่วไปจะรู้จักเพียงว่าผู้ป่วยโรคนี้เป็นคนเสียดสี ปี ค.ศ. 1852 เบนดิก โมเรล (Benedict Morel) จิตแพทย์ชาวเบลเยียม ได้ตั้งชื่อโรคนี้เป็นครั้งแรกว่า Dementia praecox จนปี ค.ศ. 1911 ยูเจน บลูเออร์ (Eugen Bleuler) จิตแพทย์ชาวสวิส ได้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก จากคำว่า Schizo แปลว่า Split (ผ่า ,แตกแยก) และ Phren แปลว่า Mind (จิตใจ)

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD – 10 (International Classification of Disease) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่สื่อสัมผัสปัญญาและความสามารถด้านเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ตันติผลาชีวะ , 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมพร ตรังคสมบัติ , 2542) และผู้ป่วย

โรคจิตเภทร้อยละ 40 – 60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร , 2534)

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจบกพร่องไป

1.2 แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ตามระบบ ICD – 10 ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต ต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 12 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 5 – 9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการมี ดังต่อไปนี้ (ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล, 2537)

- ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน
- หลงผิดคิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม ชักจูง โดยแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า
- ประสาทหลอนทางหู พุดวิจรรย์พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือพูดโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่น ๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

ดังอาการที่กล่าวมาแล้ว อาการแสดงชัดเจน ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ก็ช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่ปกติแล้ว จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลายอารมณ์ร่วมกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการรักษา เพื่อควบคุมและป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต

1.3 การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์ , 2544 : 121-122)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่งลงญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิมไม่ค่อย ไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย หันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา

1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมี

อาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ระยะเวลาหลังเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี

1.4 อาการและอาการแสดง

แคพแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock , 1995) กล่าวว่า ส่วนใหญ่อาการเจ็บป่วยมักจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นด้วยการแยกตัวเอง หรือบางรายอาจจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการสารหลอนประสาท หรือมีความเครียดอย่างรุนแรง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยอาจพบว่าแต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมแปลก ๆ

ความคิดผิดปกติทางอารมณ์ มี 2 แบบคือ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและขณะนั้น (inappropriate) และแบบเฉยไม่แสดงความรู้สึก (apathy & blunted)

ความคิด ผิดของการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติได้หลายแบบ เช่น เอะอะโวยวาย ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) ซึมเฉยไม่พูด (stupor) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (Waxy flexibility) ทำอะไรซ้ำ ๆ (stereotypy) และทำตรงกันข้ามกับสิ่งที่สั่ง (negativism)

ความคิดผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการไม่ยอมพูด (Mutism) พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) พูดไม่ตรงประเด็น (irrelevance) และใช้ภาษาแปลกประหลาด (neologism)

ความคิดผิดปกติทางความคิดเป็นสิ่งที่พบเสมอในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงถือเป็นข้อสำคัญในการวินิจฉัย แบ่งเป็น

1.4.1 รูปแบบความคิดผิดปกติ คือ ขาดการเชื่อมโยงเหตุผลและไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง (Losenings of association) เนื้อหาความคิดจะออกมาในรูปแบบการหลงผิดแปลกประหลาดไม่สัมพันธ์กัน ฟังดูเหลือเชื่อและเป็นไปไม่ได้ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) คิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.4.2 ความคิดผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว (auditory hallucination) ประมาณร้อยละ 75 รองลงมาคือภาพหลอน (visual hallucination)

1.5 การรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2544 : 123-126) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้ 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น 2) มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิดเช่นมีอาการข้างเคียงจากรุนแรง 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหามากเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ และโดยทั่วไปแบ่งการรักษาผู้ป่วย จิตเภทออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพิ่มการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วย ที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

1.5.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300-500 mg. / วัน หรือ Haloperidal 6-10 mg. / วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้ว อาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.5.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาก็เป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ย คือ chlorpromazine 100 - 300 mg. / วัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาฉีดประเภท long acting

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้าการรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลไม่แตกต่างกับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิดcatatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้ เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้ช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะที่อึดอัดใจไม่ยอมตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น ประกอบด้วย

1.5.3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิด

ระดับประคองผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

1.5.3.2 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counselling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.5.3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.5.3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ปัจจุบันจากนโยบายการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาด้านั้นเป็นการป้องกันการการติดโรงพยาบาล และการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช/จิตเภทจำนวนมาก ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ สรุปลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภทชุมชนดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับไป

ดูแลต่อเนืองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542; Montgomery & Kirkpatrick, 2002; Meijel et al., 2003) สอดคล้องการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย หรือบาราย มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และจากประสบการณ์การเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ หยกฟ้า บุญชิต (2545) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังคงมีอาการทางจิตที่นำมาสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พุดคนเดียว กลางคืนไม่นอน ต้องช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความเดือดร้อนสู่ชุมชนและมีบางชุมชนผู้ป่วยขาดการดูแลถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลือจากพยาธิสภาพของโรค มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ แต่ขณะเดียวกันยังมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนอีกจำนวนหนึ่งที่สามารถดูแลตนเองได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ดังในการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในด้านการทำความสะอาดร่างกาย อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และนันทนาการ ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นสามารถที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้

จากการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดประสิทธิภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องของการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงานหรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาของทิวพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.5 ที่ไม่มีงานทำ และร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานยา ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวได้ ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงานและกิจวัตรประจำวัน (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์, 2539) สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Davis(1974 อ้างในคารา ศัตรูถีและคณะ ,2539) ที่ได้ศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ยังมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33.37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยมาก ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรม การรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาปัญหาตามมาคือ การกลับป่วยซ้ำ(อรพรรณ ลีอนุชวิชัย,2542)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันนี้ มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญคือ การยอมรับจากสังคมและการดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการของโรคที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากผู้ดูแลและสังคม ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการผสมผสานองค์ความรู้และศาสตร์หลายแขนงเพื่อประโยชน์ต่อรับบริการ/ผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่จำนวนมากขึ้นทั้งจากสถิติของกรมสุขภาพจิตและจากนโยบายเน้นการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ทั้งแบบการบริการในโรงพยาบาลและการบริการในชุมชน ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม ในลักษณะการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

2.3 แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลักการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดที่เฉพาะ ได้แก่ กระบวนการการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือ

ชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิตประกอบไปด้วย

2.3.1 การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตและการดูแลตนเอง รวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพชุมชน

2.3.2 การป้องกัน โดยวิธีการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้คำปรึกษายังช่วยให้ผู้ใหญ่ และเด็กที่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างใกล้ชิด ดังนั้น กลุ่มที่ต้องการกิจกรรมเป็นหลักคือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนการใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อพิมพ์ สื่อภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต และใช้ในการคลายเครียดให้กลุ่มคนในชุมชน

2.3.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องพิจารณาถึงปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของบุคคล รวมถึงความเครียด และปัญหาชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแนะแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคจิต โรคประสาท

2.3.4 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แนวคิดหลักของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบครัว ทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำ โน้ตส์ หรือกระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

2.3.5 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของวิชาชีพพยาบาลนั้นต้องบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลบุคคลทั้งคนครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 บทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) มีดังนี้

2.4.1 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานควรมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการรักษา บทบาทในเรื่องการสอน/ชี้แนะ และการเป็นที่ปรึกษาในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน บทบาทในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ปฏิบัติขั้นสูงในหน่วยงาน ส่วนบทบาททางด้านวิชาการและการบริหารงานนั้นควรเป็นบทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือผู้ร่วมงานวิจัยที่ไม่ยุ่งยากและบทบาทเป็นผู้ร่วมในการดำเนินงานบริหารงานต่างๆ

2.4.2 ขอบเขตการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลแยกเป็นข้อๆได้ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมที่มีปัญหายุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต รวมทั้งการส่งต่อทั้งในสถานบริการและชุมชน

2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

3) ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

4) ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ

5) ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่

6) ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

7) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุป บทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิต

เวช การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช และการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. แนวคิดการดำเนินงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

3.1 ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

American Nurse Association (ANA) ให้ความหมายว่า การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ การประสานงานบริการสุขภาพ เพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วนและความซ้ำซ้อนของการดูแล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

Case Management Society of American (CMSA) ให้ความหมายว่า การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน วางแผน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า (Deborah, 1995; More and Mandell, 1997)

Case management เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีกระบวนการประสานการทำงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รักษาคุณภาพและการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด และกระบวนการจัดการรายกรณีอยู่บนพื้นฐานของสหสาขาวิชาชีพและการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Young and Sowell, 1997)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) คือการจัดการในเรื่องของสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการประสานการดูแล ซึ่งเป็นทั้งการปรับปรุงในเรื่องคุณภาพและความต่อเนื่อง (Powell, 1996)

จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ได้ให้ความหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ว่าเป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ สูงสุดโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลตามแนวคิดนี้จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อถึงชุมชน มีผลทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย รวมทั้งควบคุมค่าใช้จ่ายได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

โดยสรุป Case management คือวิธีการที่มุ่งเน้นในเรื่องของการประสานงาน การผสมผสานและมีทิศทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยของผู้ร่วมทีมที่ให้บริการสุขภาพ โดยเน้นการควบคุม

การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการให้การดูแลผู้ป่วย การจัดการรูปแบบนี้เน้นที่กระบวนการของการประเมินก่อนการปฏิบัติการ การวางแผนให้การดูแลอย่างครอบคลุม การติดตามประเมินผล รวมถึงระบบการส่งต่อ การให้บริการ เน้นทั้งกิจกรรมการจัดการทั้งในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อในชุมชน ทำให้เกิดการสมดุลของค่าใช้จ่ายและคุณภาพของการให้บริการ

3.2 จุดมุ่งหมายของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

Case management เป็นระบบในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่มีเหมาะสมซึ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดระบบนี้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมิติการดูแลทั้ง 4 มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างสาขาวิชา (Care maps) และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือตั้งแต่ก่อนรับเข้านอนในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

ประโยชน์หรือจุดมุ่งหมายของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ เจ้าหน้าที่พึงพอใจในผลงาน นอกจากนี้ ระบบยังเน้นการจัดการ การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันเป็น ตัวควบคุมการใช้ทรัพยากร เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม และให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในแต่ละสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งการบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วย (เรวดีศิรินคร และคณะ, 2543)

3.3 วัตถุประสงค์ของการใช้ Case management (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น , 2546 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ,2544 ; Spitzer LR ,1994)

- 3.3.1 เพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ดี
- 3.3.2 เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
- 3.3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหรือใช้แหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 3.3.4 เป็นการใช้จ่ายเงินที่คุ้มค่าได้ประสิทธิผล

3.3.5 เป็นการทำงานร่วมกันของแหล่งบริการสุขภาพในรูปแบบของสหวิชาชีพ

3.4 หลักของการใช้ Case management (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ,2544) เน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน (Clinical case management) เกี่ยวข้องกับการเจรจาต่อรอง การประสานงานและการใช้แหล่งบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปากเป็นเสียงให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (advocacy) โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการพัฒนาเครือข่ายซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย แบบสหวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของการให้การดูแลรักษา

3.5 ลักษณะของระบบ Case management มีดังนี้

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดี และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ (เรวดี ศิรินคร และคณะ, 2543 ; Spitzer-Lehmann,1994: 557 อ้างถึงใน ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, 2541)

3.5.1 เป็นระบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องตั้งผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome - based) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เป็นตัวควบคุมการทำงานที่เกิดประสิทธิภาพ และประหยัดซึ่งการตั้งผลลัพธ์การดูแล และการประเมินผลนั้น ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

3.5.2 มีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้เงินทุน และทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม

3.5.3 มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางประเภทเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังทั้งร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนด้วยยาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเป็นต้น

3.5.4 สามารถนำไปใช้ร่วมกับระบบการดูแลแบบเดิมได้ คือระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ ระบบการพยาบาลเป็นทีม และระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ได้ แต่โดยปกติจะใช้ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบเจ้าของคนไข้

3.5.5 ผู้รับผิดชอบบริหารจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแล คือผู้จัดการด้านผู้ป่วย (Case manager) ซึ่งโดยปกติจะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก หรือพยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์สูง

3.5.6 แผนปฏิบัติการร่วม (Multidisciplinary action plan : Care Map) ที่ผู้จัดการรายกรณีใช้ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการประกอบด้วยแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด(Clinical paths)และแผนการพยาบาล(Nursing care plan) โดยแผนการพยาบาล (Nursing care plan) เป็นแผนการพยาบาลอย่างที่เคยทำมาแต่เดิม ที่เพิ่มเติมมี

เพียงการกำหนดวันที่เพื่อให้ทราบว่า จะทำกิจกรรมใดในวันใด ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Yoder, 1995:424 อ้างถึงใน ปรากฏพิชัย อุจะรัตน์, 2541 : 41)

3.5.7 การดำเนินการดูแลผู้ป่วย จะกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ต่างๆ ซึ่งจะดำเนินการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนด

3.5.8 ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย โดยดูจากแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Clinical paths) และเปรียบเทียบกับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหากว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (Variances) ที่เกิดขึ้นแตกต่างไปจากแนวทางที่กำหนด ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามาสู่แนวทางการดูแลที่กำหนดได้

3.6 องค์ประกอบของ Case management

3.6.1 การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ เกิดการดูแลที่มีคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ เพื่อกำหนดแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานการเตรียมการประกอบด้วย การเตรียมเครื่องมือ การเตรียมบุคลากรรวมทั้งมีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ตามแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่ กำหนดร่วมกัน

3.6.2 เครื่องมือที่ใช้ในระบบ Case management เครื่องมือที่สำคัญได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา (Care MAPs) ซึ่งทีมสุขภาพร่วมกันกำหนดขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแลและ Case manager (ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย) ซึ่งสรุปจากการใช้แนวคิดในการ พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลในประเทศต่างๆพบว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ Case manager ได้เหมาะสมที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ

3.7 รูปแบบการดำเนิน Case management ประกอบด้วย 4 รูปแบบดังนี้

3.7.1 ดำเนินการครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล (Hospital Base) การดำเนินการตาม ระบบ Case management ลักษณะนี้จะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลับบ้านร่วมกับ (Discharge Plan) รวมทั้งมีการทบทวนความคุ้มค่า คุ่มทุนและการปรับปรุงคุณภาพด้วย

3.7.2 ดำเนินการในหน่วยบริการบางหน่วย (Unit Base) การดำเนินอาจจะดำเนิน 1- 2 Unit เท่านั้นไม่ต้องทำทั้งโรงพยาบาล

3.7.3 ดำเนินการในชุมชน (Community Based) การดำเนินของ Case management ลักษณะนี้จะเป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับชุมชน รูปแบบนี้จะเหมาะสมกับ หน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3.7.4 ดำเนินการจัดการรายโรค (Disease management) มีจุดเน้นเพื่อลดการกลับมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และลดความรุนแรงของโรคโดยจะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Mueser et al.,1998 พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในชุมชน สามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบคือ

1 The Broker Model หรือ การทำหน้าที่คนกลาง ถือเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้ รั ับพัฒนาขึ้นใช้ในระยะแรก ๆ และเรียกได้ว่าเป็นรูปแบบของการจัดการรายกรณีที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบนี้จะมุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา และการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ซึ่งผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการควบคุมกำกับในเรื่องการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับโดยที่คนกลาง (Broker) ไม่จำเป็นต้องมีทักษะในการรักษาพยาบาลที่ลึกซึ้ง แต่ต้องมีความสามารถในการประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

2. The Clinical Case Management Model ตามแนวคิดของ Mueser et al(1998) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจน เป็นรูปแบบที่ทำเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องการขาดแหล่งทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้านคือ

2.1. การดำเนินการในระยะแรก ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา / ความต้องการ และการวางแผนดำเนินการ

2.2 การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การคงไว้ซึ่งเครือข่ายในการสนับสนุน การทำงานกับครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัว

2.3 การจัดการกระทำกับผู้ป่วย เช่น การให้บริการปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามจัดการด้านการรักษา

2.4 การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน เช่น ติดตามกำกับ และการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

3. The Assertive Community Treatment (ACT) หรือเรียกว่าThe Full Support Model เป็นรูปแบบบริการที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตรุนแรงมีลักษณะเด่นของบริการคือ เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกด้านอย่างเต็มรูปแบบ ตลอด 24 ชั่วโมง ในชุมชนมากกว่าในสถานบริการ โดยทีมสหวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับการติดต่อและการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง (Assertive outreach) และสม่ำเสมอไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ ดังนั้นการดูแลในรูปแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อ ทีมที่ให้การดูแล รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

ในจำนวนจำกัด คือประมาณ 10-15 คน การดูแลตามรูปแบบนี้เป็นที่นิยมของผู้รับบริการมาก ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างมากช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล (Freeman,2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แบบ Clinical Case Management Model ของ Mueser et al.(1998) โดยผู้ศึกษาดัดแปลงและนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการจัดบริการผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) โดยจัดการดูแลตามรูปแบบที่ครอบคลุม 4 ด้านคือ 1) การดำเนินการในระยะแรก การประเมินสภาพปัญหา/ความต้องการ และการวางแผนดำเนินการ 2) การจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมได้แก่ การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การคงไว้ซึ่งเครือข่ายในการสนับสนุน การทำงานกับครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัว 3) การจัดการกระทำกับผู้ป่วย โดยการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในฐานะผู้บำบัดรักษา (Clinicians) 4) การจัดการกระทำกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมพร้อม ๆ กัน

3.8 ทักษะของผู้จัดการรายกรณี

ความสำเร็จของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความเชี่ยวชาญของผู้จัดการรายกรณีก็เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการทำให้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบผลสำเร็จได้ และทักษะของผู้จัดการรายกรณีควรประกอบด้วย (More and Mandell,1997 : 50-88)

3.8.1 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ประกอบด้วย

3.8.1.1 ทักษะการสื่อสาร (Communication) ผู้จัดการรายกรณีจะต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของตนให้ดี เพื่อที่จะสามารถติดต่อกับผู้รับบริการ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ นอกจากนี้ ควรมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากหลาย ๆ แห่ง และมีการจัดการกระทำข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างกระชับ เข้าใจง่าย และนำข้อมูลไปใช้ได้เหมาะสม

3.8.1.2 ความมีไหวพริบและศิลปะการทูต (Tact and diplomacy)

ผู้จัดการรายกรณี ควรพัฒนาความมีไหวพริบในการติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขา และบุคคลที่เกี่ยวข้องและในการค้นหาข้อมูลจากผู้รับบริการหรือครอบครัวของผู้รับบริการ ในขณะที่ศิลปะของนักการทูตจะช่วยให้การพัฒนาการสื่อสารทางบวก การประสานความสัมพันธ์

3.8.1.3 ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness skills)

ผู้จัดการรายกรณีควรมีพฤติกรรมที่กล้าแสดงออก อย่างเหมาะสม จริงใจ ตรงไปตรงมา ในการกำหนดเป้าหมาย ปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ มีความรับผิดชอบสำหรับผลการกระทำที่ตามมา

3.8.1.4 การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่สอง

คนขึ้นไปทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่จุดหมายร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน มีการแบ่งปันความรู้ และความคิดกัน เพื่อแผนการดูแลที่ครอบคลุม ผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางของความร่วมมือ ซึ่งจะต้องมีทักษะในการส่งเสริมให้สมาชิกในทีมสนทนากันอย่างเปิดเผย เพื่อให้สมาชิกในทีมมั่นใจว่าการทำงานร่วมกันที่เกิดจากความมานะ อุตสาหะ

3.8.1.5 การเจรจาต่อรอง (Negotiation) ความสำเร็จของผู้เจรจาต่อรอง ประกอบด้วยความสามารถในการโน้มน้าวผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ความยืดหยุ่นและทักษะการเจรจาต่อรอง

3.8.2 ทักษะความเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional skills) ประกอบด้วย

3.8.2.1 การตลาดและเชื่อมโยงเครือข่าย (Marketing and networking) ผู้จัดการรายกรณีสามารถให้บริการได้อย่าง การเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อการพัฒนาและคงไว้ถึงการติดต่อ และสัมพันธภาพของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ

3.8.2.2 การสืบสวน (Investigation) สถานการณ์ปัจจุบันมีความซับซ้อน และหลากหลายเมื่อมีข้อสงสัยหรือความไม่ชัดเจนเกิดขึ้น ผู้จัดการรายกรณีควรพิจารณาใช้แนวทางหลาย ๆ แนวทางในการสืบสวน แนวทางในการดำเนินการประกอบด้วย การให้ความสนใจในรายละเอียด

3.8.3 ทักษะความรู้พื้นฐาน (Knowledge base skills) ประกอบด้วย

3.8.3.1 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ผู้จัดการรายกรณีควรมีการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบทบาทของผู้จัดการรายกรณีมีขอบเขตที่กว้างขวาง เช่น ต้องคอยกำกับ ติดตาม Care MAPs ให้เป็นไปตามเป้าหมาย แม้มีการเปลี่ยนแปลง (Variances) เกิดขึ้น

3.8.3.2 การวิจัย (Research) การวิจัยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือความเป็นวิชาชีพ และพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

3.8.3.3 การประเมิน (Assessment) ผู้จัดการรายกรณีควรมีความสามารถในการประเมินที่ครอบคลุมปัญหา การประเมินควรใช้ความรู้ที่กว้างขวาง เก็บข้อมูลจากหลายแห่ง และใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี

3.8.4 ทักษะส่วนบุคคล (Personal skills) ประกอบด้วย 1) การจัดการองค์กรและการบริหารเวลา 2) การจัดลำดับก่อนหลัง (Prioritization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทักษะการจัดองค์กรและบริหารเวลา การจัดลำดับก่อนหลังควรคำนึงถึง การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน 3) การแต่งตั้งตัวแทน (Delegation) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบและอำนาจให้กับลูกน้อง และเป็นผู้สนับสนุนให้ลูกน้องชี้แจงการปฏิบัติงานต่างๆ ได้ 4) ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ผู้จัดการราย

กรณีควรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ 5) ควรมีระเบียบวินัยในตนเอง (Self-discipline)

3.9 กระบวนการของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี Powell (2001:410) ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

3.9.1 การคัดเลือกผู้ป่วย (Case selection) ขั้นตอนนี้เป็นจุดแรกของกระบวนการ โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอม มีความต้องการที่จะรับการดูแลแบบรายกรณี และมีข้อบ่งชี้ให้การคัดเลือกโดยทั่วไป เช่น ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน ค่าใช้จ่ายที่มากกว่าที่กำหนด และข้อบ่งชี้อื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคนที่ไร้ความสามารถ อายุมากกว่า 65 ปี ขาดแหล่งจ่ายเงินช่วยเหลือ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มาจากสถานสงเคราะห์ เป็นต้น

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

3.9.3 การประสานงานและพัฒนาแผนการรักษา (Development and coordination of the care plan) หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จแล้ว ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนร่วมกันในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องให้บริการให้ประสบความสำเร็จว่าจะทำอย่างไร ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใช้ระยะเวลาานเท่าใด ต้องกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย วางแผนให้บริการและการใช้ทรัพยากร โดยแผนการรักษาพยาบาลนั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยินยอม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

3.9.4 การดำเนินการตามแผน (Implementation of the plan) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้ประเมินและประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามเวลาที่กำหนดไว้ และปัญหาต่างๆจะได้รับการแก้ไข ตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ การปฏิบัติอาจใช้แผนการดูแลแบบสหสาขาเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่วางไว้ด้วย

3.9.5 การประเมินและการติดตามผล (Evaluation and follow up) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เพราะเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเป็นการประเมินตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องทำ จะต้องทำอะไร และจะมีการติดตามผลไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.9.6 การเฝ้ากำกับติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินสภาพใหม่ และประเมินผลใหม่ (Continuous monitoring, reassessing, and reevaluating)

ส่วน Hussein (1999, อ้างถึงใน กรรณิกา เย็นสุข, 2543) กล่าวว่า กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คือ กลุ่มของขั้นตอน และกิจกรรมที่ผู้จัดการรายกรณีนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วย กระบวนการจะมุ่งถึงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้จัดรายกรณี ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และแบ่งกระบวนการออกเป็น 10 ขั้นตอนดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งจะกระทำโดยผู้จัดการกรณี
2. การคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ โดยผู้จัดการรายกรณีจะถามความสมัครใจของผู้ป่วยอีกครั้ง และเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จะประเมินสถานการณ์ และปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลรวมทั้งด้านการเงิน สังคม จิตใจ และข้อมูลทางกายภาพ
4. วางแผนดูแลและกำหนดผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะพัฒนาแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและสมาชิกในทีมสหสาขา โดยมีกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกัน ผู้จัดการรายกรณีจะต้องทำให้มั่นใจว่าแผนการดูแลและผลลัพธ์ที่ตั้งไว้อยู่ในเกณฑ์
5. ปฏิบัติตามแผน การปฏิบัติจะต้องผ่านหลายขั้นตอน เช่น การรักษา การพยาบาล ซึ่งจะ เป็นทิศทางที่จะแก้ปัญหาและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์
6. การสนับสนุน การประสาน การเชื่อมโยง และความรวดเร็วของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณี จะอำนวยความสะดวกทั้งเรื่องการจัดเวลา เพื่อร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กำจัดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนต่างๆ
7. กำกับดูแล และมีการทบทวนการประเมินกิจกรรม และประเมินผลลัพธ์ ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินแผนการดูแลของทีมสหสาขาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ของการดูแลตามแผน คือพื้นฐานของการประเมินซ้ำ
8. ทำกระบวนการใหม่ หรือยุติกระบวนการ ผู้จัดการรายกรณีสามารถที่จะทำกระบวนการนี้ได้ทุกครั้งที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยหรือครอบครัว การทบทวนหรือการทำกระบวนการใหม่ เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ส่วนการยุติกระบวนการ จะกระทำเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ต้องการบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะยาว

9.การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการกำกับดูแล การประเมินผลลัพธ์จะมุ่งที่การควบคุมดูแลต่อผลกระบวนการจากการจัดการ คือ ผลลัพธ์ของการจัดการ และผลลัพธ์ของการรักษา ผลลัพธ์ของการจัดการมีตัวอย่างเช่น การทำหน้าที่ต่าง ๆ ระดับความอิสระ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย

10.การจัดการและทบทวนและกระบวนการใช้ประโยชน์ ผู้จัดการรายกรณีจะเกี่ยวข้องกับ การจัดในเรื่องการดูแล การทบทวนเรื่องต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีการอภิปรายถึงแผนการรักษาผู้ป่วย

3.10 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงที่ทำหน้าที่ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี คือ

แนวคิดของการจัดการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องขยายบทบาทออกไปมากขึ้น พยาบาลผู้จัดการ (Nursing Case Manager) จึงมีบทบาทที่หลากหลายซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงดังนี้ คือ

1. ผู้เชี่ยวชาญ (Clinical expert) พยาบาลผู้จัดการต้องแสดงสมรรถนะทางด้าน การประเมินปัญหาของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ใช้กระบวนการพยาบาล วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล และประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ใช้เทคโนโลยี และแนวทางการพยาบาลขั้นสูง

2. ที่ปรึกษา (Consultant) ด้วยความสามารถทางคลินิกและความรู้ในระบบการดำเนินงาน นโยบาย วิธีการทำงาน ตลอดจนมาตรฐานการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจึงสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรต่างๆในหน่วยงาน ตลอดจนผู้ป่วยและญาติได้

3. ผู้ประสานงาน (Coordinator / Facilitator of patient care) พยาบาลผู้จัดการทำหน้าที่หลักในการประสานงานและการอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติตามแผน เพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือการทำงานแบบแยกส่วนของฝ่ายต่างๆ รวมทั้งการประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผู้จัดการ (Manager of patient care) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ในการตรวจสอบการทำงานของทีมสุขภาพเพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องและตามระยะเวลาที่กำหนด โดยควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการและประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการด้วย

5. ผู้สอน (Educator) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่สอนผู้ป่วย ครอบครัว และทีมงาน

6. นายหน้า (Negotiator / Broker) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่เป็นนายหน้า หรือผู้ที่ทำหน้าที่เจรจากับหน่วยงานต่างๆ

7. เป็นปากเป็นเสียง (Patient and family advocate) พยาบาลผู้จัดการจะทำหน้าที่ประสาน ประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมงานสุขภาพ และเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการประสาน แหล่งทรัพยากรที่จะให้ประโยชน์กับผู้ป่วย

8. ผู้ตรวจสอบคุณภาพการดูแล (Outcomes and Quality Manager) ถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการในการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและคุณภาพที่เกิดขึ้น

9. นักวิทยาศาสตร์ / นักวิจัย (Scientist / Researcher) พยาบาลผู้จัดการทั้งระดับ มหาวิทยาลัยจะเป็นที่คาดหวังให้ทำงานวิจัยของสถาบัน หรือเป็นที่ปรึกษางานวิจัยให้กับทีม พยาบาลในหน่วยงาน

3.10 หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีความสำคัญมากจะเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิกทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมด ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ดังนี้ (Flarey,1995)

3.10.1 คัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่รูปแบบการจัดการผู้ป่วย รายกรณี

3.10.2 ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สภาพแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้ง ส่วนที่ดี คือ ความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และประเมินส่วนที่เป็นปัญหา และความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยและครอบครัว

3.10.3 วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้

3.10.4 พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแล ลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นที่ปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ

3.10.5 ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็น ผู้ประสานงานด้านกระบวนการการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.10.6 ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยการจัดกระทำกับผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3.10.7 เป็นผู้ติดตาม ควบคุม กำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์การ ดูแลที่ต้องการ

3.10.8 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัวในการในการที่จะจัดหาทรัพยากรที่

จำเป็นเพิ่มเติม และเป็นตัวแทนในการที่จะเรียกร้องสิทธิที่ผู้ป่วยและครอบครัวพึงจะได้รับ

3.10.9 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินรูปแบบการจัดการรายกรณี รูปแบบนี้ด้วย

3.11 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพตามระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ดังนี้

1. แพทย์ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบและประเมินอาการ วินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD- 10) และพิจารณาให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การเกิดโรค และการดูแลรักษาแก่ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว

1.2 ตรวจสอบผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพในเรื่องการรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการ ผลข้างเคียงจากยา และผลตอบสนองต่อการรักษา เพื่อปรับการรักษาให้เหมาะสม

1.3 อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว

1.4 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาให้สอดคล้อง เหมาะสม กับผู้ป่วย

1.5 พิจารณา ตรวจสอบทางจิตวิทยา ตามความเหมาะสม เพื่อติดตามผลการรักษา

2. พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และให้การวินิจฉัยการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

2.2 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตการณ์ตอบสนองต่อยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง

2.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา

2.4 ประเมินความต้องการความปลอดภัย และดูแลในเรื่องการป้องกันความเสี่ยง

2.5 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2.6 เสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษา

2.7 ร่วมประชุมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ

2.8 ให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลตนเอง แผนการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และชุมชน

2.9 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว

3. นักจิตวิทยา มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา พร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

3.2 วิเคราะห์ผลการทดสอบทางจิตวิทยา และดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มตามแผนที่วางไว้

3.3 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ

4. นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

4.1 ให้การวินิจฉัยทางสังคมเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4.3 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

5. บทบาททีมสุขภาพจิต ระดับ สสอ. มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

5.1 ประสานทีมการดูแลในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

5.2 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ

5.3 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

6. บทบาททีมสุขภาพจิตระดับชุมชนมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

6.1 ประสานการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว

6.2 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

4.1 ความหมาย

คุณภาพชีวิต ตามความหมายตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2538) ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล ส่วนชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

WHO (1996) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่สุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม จุดเด่นของความหมายของคุณภาพชีวิตที่ WHO มองก็คือ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (subjective) โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งมีหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความสุขในชีวิต เป็นการประสานการรับรู้ถึงความพอใจของแต่ละบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ซึ่งมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย โดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญแตกต่างกัน ดังนี้

Ferrans and Power (1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย องค์ประกอบของชีวิตได้ 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านสุขภาพหน้าที่ (health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง
2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อร่วมงาน ที่อยู่อาศัย
3. ด้านจิตวิญญาณ (psychological spiritual) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ไป

4. ด้านครอบครัว (family) ได้แก่ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHOQOL Group,1994) ต่อมาในปี 1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบดังนี้ (WHOQOL Group,1996)

1. ด้านร่างกาย (physical health) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological)คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเองได้แก่การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship)คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างมีอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรม สันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคล จะรับรู้โดยองค์รวม ถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่าเป็นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็น

กระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอาทิ

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสถานภาพทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์(Resource)ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือการศึกษาอาชีพ รายได้

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่จะศึกษาได้ครอบคลุมครบถ้วน

4.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์และแยกประเด็นการศึกษาในด้านต่างๆดังนี้

1) ประเด็นการศึกษาในลักษณะสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et. al 1998) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes,1996 cited in Katsching et al.1997)และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 84 – 85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน (Gupta et al.1998) จากการศึกษาของจันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในชุมชน ได้แก่ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่การงาน การทำกิจกรรมต่างๆ

2) ประเด็นวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคูณภาพชีวิต ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดา จำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and Intagliata (1992) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้านและสัมพันธภาพทางสังคม

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในรัฐ ออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานภายในจิตใจ

นิตยา ตากวิริยะนนท์และชื่นสมน สุชีวัน (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 122 ราย และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 130 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Powers (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

พรชัย สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1)ด้านร่างกาย 2)ด้านจิตใจ 3)ด้านความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และ4)ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยมีการศึกษาองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำบทบาทตามหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละแนวคิด แต่ที่คล้ายคลึงกันคือ การประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สำหรับในประเทศไทยพบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางสำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และ4) ด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีการศึกษาอีกหลายแนวคิด ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้วิจัย

4.4 บทบาทของพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้าน การแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ สังคม เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทดังต่อไปนี้(จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ,2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,2537; จินตนา ยูนิพันธุ์,2542)

4.4.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

4.4.2 สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย

4.4.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษากับปัญหาของผู้ป่วยในบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้

4.4.4 จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4.4.5 การวางแผนการสอนการจำหน่าย

4.4.6 ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม สรรหา

แนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน (Lubkin,1996)

Lubkin (1996) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1. พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเองที่บ้านและครอบครัว สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถในการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2. พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล โดยต้องรู้แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. พยาบาลต้องยึดถือการปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมในทุกๆด้าน

4.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ดังนี้

Stromberg (1984) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative)เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่นแพทย์ หรือนุเคราะห์อื่นๆในทีมสุขภาพ

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative)เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative)เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่

องค์การUNESCO (1980) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย(Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ต่อมาในปี ค.ศ.1991 องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชน ได้มีการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี สากล แม้ว่าวัฒนธรรมและเชื้อชาติจะแตกต่างกัน โดยในครั้งแรกแบบวัดจะมีข้อคำถาม 227 ข้อ ส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิตและเนื้อหาคุณภาพชีวิตและเนื้อหาคุณภาพชีวิตได้ถูกกำหนดร่วมกัน โดยผู้ป่วย คนปกติทั่วไป และโดยผู้มีวิชาชีพเชิงสุขภาพในหลายวัฒนธรรม แบบวัดได้รับการทดสอบความเที่ยงและความตรงในแต่ละภาคสนามนั้นๆและทดสอบความใช้ได้ (responsiveness)(กรมสุขภาพจิต,2541) ถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆหลายครั้งและนำมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในปี ค.ศ.1995 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขึ้นมาเรียกว่า WHOQOL –BREF (World Health Organization Quality of life BREF) และได้จัดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขึ้นใหม่ โดยรวมองค์ประกอบด้านบวกเข้าด้วยกัน โดยรวมองค์ประกอบด้านร่างกายกับด้านด้านความเป็นอิสระของบุคคลเข้าด้วยกัน และรวมด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลเข้าด้วยกันจึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางด้านสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์หาองค์ประกอบ(factor analysis) เหลือเพียง 26 ตัวชี้วัด ซึ่งหลายประเทศได้นำเครื่องชี้วัดไปแปลและใช้วัดคุณภาพชีวิตประชากร

สำหรับประเทศไทยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2541) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดมาแปล และปรับปรุงให้เหมาะสมกับประชากรชาวไทย โดยการศึกษารเปรียบเทียบคุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL - BREF) กับชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL - 100) วิธีการเริ่มด้วย การทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL - BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจทางด้านภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ แบบวัดWHOQOL - BREF – THAI ที่พัฒนาแล้วได้นำมาทดสอบเทียบกับ WHOQOL - 100 โดยทดสอบในกลุ่มที่เป็นชาย 208 คน (31.2%) เป็นหญิง 459 คน (68.6%) อายุระหว่าง 17 – 60 ปีผลที่ได้พบว่าคุณค่าความเชื่อมั่นครอนบาร์คแอลฟา ของ WHOQOL – 100 และ WHOQOL – BREF –THAI มีค่าเป็น 0.8921 และ 0.8406 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัด ทั้งสองมีค่า $r = 0.6515$ ($P < 0.01$) การวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า WHOQOL – BREF จำนวน 26 ข้อ สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตเป็นองค์รวม ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทางและการทำงาน ด้านจิตสังคม 10 ข้อ ได้แก่

การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อนและความพอใจต่อตนเอง ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต ความหมายของชีวิต สมบัติในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาในครั้งนี้ให้ความเชื่อมั่นว่า WHOQOL – BREF มีความเหมาะสมที่จะถูกใช้วัดคุณภาพชีวิตได้ทั้งในด้านคุณสมบัติ ความเที่ยง ความตรง ตลอดจนเหมาะสมในเรื่องของเวลาจากการที่มีข้อคำถามไม่มาก ไม่รบกวนผู้ถูกสัมภาษณ์มากเกินไป

นอกจากนี้ยังมีผู้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดไปใช้คือ ศิริชัย คาริกานนท์(2541) ได้นำไปสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 156 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และพรชัย สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษา

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมบัติ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

5. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลและบริการสุขภาพในชุมชน

5.1 การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

หมายถึง การบริการพยาบาลที่เป็นองค์รวม โดยมีการผสมผสานกาย จิต อารมณ์ สังคม เข้าด้วยกัน มีการ integrate เข้าไปในระบบบริการ แบบ one stop service ที่ให้ บริการแบบผสมผสานเบ็ดเสร็จ ทั้งในเรื่องการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเพื่อให้บริการที่ครบถ้วนและเป็นประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด รวมทั้งมีการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการนั้นๆ เป็นระบบบริการที่ประชาชนสามารถเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และให้บริการที่ครอบคลุมกับปัญหาทุกด้าน ทั้ง primary medical care และ primary health care

5.2 การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งอาจสรุปเป็นคุณลักษณะได้ 6 ประการ คือ 1) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว 2) เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค 3) เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ 4) เป็นบริการแบบบูรณาการ (Integrated Care) ครอบคลุม ผสมผสานบริการสุขภาพ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การศึกษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ 5) เป็นบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuum Care) ที่ประสานเชื่อมโยงบริการรักษาพยาบาล

ระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัวและชุมชน 6) เป็นบริการที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง (Self Care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพเบื้องต้นได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย

5.3 ลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดี

5.3.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก(Frontline care)

5.3.2 เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing/longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย

5.3.3 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive care) โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

5.3.4 เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมที่จำเป็นรวมทั้งเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

5.4 แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลักษณะการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ จะต้องให้บริการที่เป็นองค์รวม โดยมีการผสมผสานกาย จิต อารมณ์ สังคม เข้าด้วยกัน มีการผสมผสานเข้าไปในระบบบริการ แบบ one stop service ที่ให้ บริการแบบผสมผสาน เบ็ดเสร็จ ทั้งในเรื่องการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเพื่อให้บริการที่ครบถ้วนและเป็นประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด รวมทั้งมีการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการนั้นๆ (จันทร์อัมพร รุณดี,2544)

ดังนั้น การพยาบาลจิตเวชในระดับปฐมภูมิ จะเป็นการให้บริการเกี่ยวกับ การช่วยเหลือและบำบัดในชุมชน แก่ผู้ป่วยทางจิตและผู้ใช้บริการในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแต่เดิมเคยได้รับการบริหารในโรงพยาบาลการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติและกลุ่มบุคคลที่เผชิญสาธารณภัย และการจัดโปรแกรมป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในโรงเรียน และกลุ่มอื่นในชุมชน (จินตนา ยูนิพันธ์,2544)

หลักการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ คือการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ได้แก่กระบวนการการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิตประกอบไปด้วย

1) การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจใน ปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตและการดูแลตนเอง หรือ คนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพชุมชน

2) การป้องกันโดยวิธีการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถ เรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้คำ ปรึกษา ดังนั้น กลุ่มที่ต้องการกิจกรรมเป็นหลักคือ การให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดการใช้สื่อ ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อพิมพ์ สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต และใช้ในการคลายเครียดให้กลุ่มคนในชุมชน

3) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องพิจารณา ถึงปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของบุคคล รวมถึงความเครียด และปัญหาชีวิต ประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแนะแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ และส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิต โรคประสาท

4) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แนวคิด หลักของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำโน้ตส์หรือ กระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

5) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของวิชาชีพพยาบาลนั้นต้องบูรณาการ และผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อการนำ ไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป เพื่อให้ระบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับ ระบบบริการสุขภาพใหม่ตามความต้องการทางสังคม ผู้ให้บริการจะต้องให้การดูแลโดยยึดผู้รับ บริการเป็นศูนย์กลาง การให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลบุคคลทั้งคนครอบคลุม ทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการและผสมผสาน ศาสตร์สหวิทยาการ มีการดูแลที่ยาวนาน เน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การ วินิจฉัยและจัดการกับปัญหาผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีกลวิธีในการที่จะ ส่ง เสริมให้มีการดูแลตนเองทั้งทางกายและทางสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้มีการปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงจะมีขอบเขตการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อม โดยบท บทบาททางตรง (direct) ได้แก่ การปฏิบัติกรดูแล การวินิจฉัย ตัดสินใจในการปฏิบัติการทางคลินิก อย่างมีวิจารณญาณการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การบำบัดทางจิต ส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมการบริหารจัดการกับปัญหาทางยาของผู้ป่วย การเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการส่ง

ต่อผู้ป่วย สำหรับบทบาททางอ้อม (indirect) ได้แก่ บทบาทในการเป็นผู้จัดการรายกรณี การใช้ผลงานวิจัยเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การเป็นผู้มีจริยธรรม และมีทักษะในการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงระบบบริการเพื่อให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและความต้องการทางสังคม

6. การให้บริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัดสมุทรสงคราม

ระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนการดำเนินโครงการการศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยในจังหวัดสมุทรสงคราม มีโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง ขนาดจำนวนเตียง 365 เตียงและมีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง ขนาดจำนวนเตียง เท่ากับ 90 และ 30 เตียง ไม่มีจิตแพทย์ประจำในโรงพยาบาลและไม่มีแผนกจิตเวช ในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง แต่จะมีการกำหนดให้มีงานสุขภาพจิตเข้าไปในโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) มีการจัดตั้งคณะทำงานในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีแผนการปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการบำบัดรักษาทางจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพ คณะทำงานจะประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม และแพทย์ทั่วไป นักจิตวิทยา และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยคลินิกคลายเครียดของแต่ละโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยมีพยาบาลประจำสถานีอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลในชุมชน มีระบบการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม แต่ที่ผ่านมามีการดำเนินการไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยในชุมชนไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การให้การดูแลไม่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และโดยเฉพาะการบำบัดรักษาทางจิตเวชและการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจเนื่องจากการขาดความรู้ ความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่เข้าสู่ระบบการบำบัด มักจะได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษายังจังหวัดใกล้เคียง คือ โรงพยาบาลราชบุรี และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยกลับยังภูมิลำเนา มักจะขาดการประสานงานในการส่งตัวผู้ป่วยกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

7. งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

Mueser และคณะ (1988 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ , 2544) ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการใช้ Clinical Case Management ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 75 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การนำ Clinical Case Management มาใช้สามารถลดระยะเวลาในการ

อยู่ในโรงพยาบาล (61%) 2) ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น (71%) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติของการใช้บริการทางสุขภาพจิตบ่อยๆ 3) ลดอาการทางจิต (50%) 4) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (50%) 5) เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (21%) 6) ลดการจำคุก (2/10) 7) การประกอบอาชีพ (3/5) 8) ความพึงพอใจต่อระบบ Case Management (มากกว่าร้อยละ 50)

ถัดมา ศักดาเดชฤทธิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินผลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management การศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบ Case Management ผลการศึกษา ผลจากแนวคิดพื้นฐานจากการดูแลเชิงการจัดการ (Managed Care) ทำให้มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับ โดยผู้ป่วย ครอบครัว การกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน (Clinical Pathway) ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขในครอบครัว และชุมชนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของสังคม รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อให้เกิดความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ต่อระบบบริการ กับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ได้บริการที่มีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรประโยชน์สูงสุด

จันทร์า ธีระสมบุญ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คน ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 41.81 สมรรถภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 12 และยังพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 48.34 และสมรรถภาพการดำรงชีวิตสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.64 และร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.32

พรชัย สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่าระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและพยาบาล ส่วนปัจจัยทางด้านการเงินมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2541) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต ชุด 26 ตัวชี้วัดมาแปลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับประชากรชาวไทย โดยการศึกษาเปรียบเทียบคุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL - BREF) กับชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL - 100) โดยทดสอบในกลุ่มที่เป็นชาย 208 คน (31.2%) เป็นหญิง 459 คน (68.6%) อายุระหว่าง 17 – 60 ปี ผลที่ได้พบว่าค่าความเชื่อมั่น ครอนบาร์คแอลฟา ของ WHOQOL – 100 และ WHOQOL – BREF –THAI มีค่าเป็น 0.8921 และ 0.8406 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัด ทั้งสอง มีค่า $r = 0.6515$ ($P < 0.01$) การวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า WHOQOL – BREF จำนวน 25 ข้อ สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตเป็นองค์รวม ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทางและการทำงาน ด้านจิตสังคม 10 ข้อ ได้แก่ การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อน และความพอใจต่อตนเอง ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต ความหมายของชีวิต สมบัติในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย ผลการศึกษาในครั้งนี้ให้ความเชื่อมั่นว่า WHOQOL – BREF มีความเหมาะสมที่จะถูกใช้วัดคุณภาพชีวิตได้ทั้งในด้านคุณสมบัติ ความเที่ยง ความตรง ตลอดจนเหมาะสมในเรื่องของเวลาจากการที่มีข้อคำถามไม่มาก ไม่รบกวนผู้ถูกสัมภาษณ์มากเกินไป

กรอบแนวคิดการศึกษา

การจัดระบบการดูแลในชุมชน

ขั้นเตรียมการ

1. จัดประชุมชี้แจงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบทีมสหวิชาชีพ
2. การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและ การคัดเลือกผู้ป่วย (Caseselection)
3. การประเมินสภาพผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม
4. การระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นดำเนินการ

1. การวางแผนให้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม
2. การดำเนินการตามแผน
 - 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดกระทำกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - 2.2 ประสานงานในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นประเมินติดตามผล

3. การติดตามประเมินผล ประสิทธิภาพของแผนการดูแล โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน และการประชุมสรุปผลการปฏิบัติตามแผน

ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านร่างกาย
(physical domain)
2. ด้านจิตใจ
(psychological domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
(social relationship)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม
(environment)