



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี

สันติชัย นัจจิตรชื่น, พ.บ.*
เพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์, พ.ว.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้การจัดการรายกรณี

วัตถุประสงค์และวิธีการ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 13 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 3 มีนาคม 2551 ถึง 30 พฤษภาคม 2551 ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดบริการให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับตัวฟื้นฟูตนเองและได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามความต้องการของแต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในชุมชน โดยวางกรอบการทำงาน 5 ขั้นตอน คือ ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การกำหนดระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย, วินิจฉัยความต้องการดูแล, วางแผนการดูแล, การปฏิบัติการดูแล และการประเมินโดยการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชเพื่อประเมินสมรรถภาพผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการศึกษาด้วย Wilcoxon sign rank test และประเมินความพึงพอใจ

ผล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถภาพที่เป็นภาระสูง (คะแนนพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชต่ำ) หลังการศึกษา ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีสมรรถภาพไม่เป็นภาระ (คะแนนพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชสูง) สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (10 ใน 13 ราย) เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการศึกษา 6 เดือนไม่มีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในระดับมาก

สรุป การจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยครอบครัว และลดการอยู่โรงพยาบาล

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี ชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท

*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต



Case management for schizophrenia living in community

*Santichai Chamchitchun, M.D.**

*Penthip Benjapong, R.N.**

Abstract

Objective To develop the community care for schizophrenic patients by case management.

Materials and methods There were 13 schizophrenic patients living in ampur Thanyaburi, Prathumthanee province invited to participate in this study during 3 March to 30 May 2008. This research was designed as a participatory action model for a continuous care and rehabilitation for individual case according to one's mental health status. The care plan were divided into 5 steps i.e. 1) an assessment of patient's capability 2) patients and care-givers' need analysis 3) intervention plan 4) implement and 5) an evaluation by the instrument consisted of the patient's capability assessment, satisfaction of patients and care givers. Descriptive statistic was analyzed, and the differences score of patient's capability were calculated by Wilcoxon sign rank test.

Results About half of patients had severe level of behavior (low capability score). After the case management intervention, most cases had increase capability scores significantly. All cases and care givers had a high satisfaction level. No one was readmitted to hospital after 6 month follow-up.

Conclusion Case management for schizophrenia living in community by multidisciplinary care team could empower capability and self care in patients and their family and reduce hospitalization.

Key words : case management, community, schizophrenia

*Srithanya Hospital, Department of Mental Health

บทนำ

ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 โรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 36.5-39.3¹⁻³ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จากการสำรวจแฟ้มผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายกลับบ้านและมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีการบันทึกเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติ เช่น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีพฤติกรรมดื่มสุรา ทำให้อาการกำเริบ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีโอกาสที่จะป่วยซ้ำถึงร้อยละ 30 ในปีแรกๆ⁴

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบการดูแลแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนบริการโดยตรงแก่ผู้รับบริการอย่างมีเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวแบบรายบุคคล เพื่อแก้ไขปัญหาทั้งในปัจจุบันและระยะยาวให้ผู้ป่วยและ/หรือสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขารับผิดชอบตามทักษะเฉพาะเพื่อประสิทธิผลของการรักษา สร้างความสมดุลของค่าใช้จ่าย รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคม มีรายงานการศึกษาว่าการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถจำหน่ายและเป็นที่ยอมรับของญาติได้⁵⁻⁷ มีรายงานการดูแลผู้ป่วยรายกรณีไปให้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของประเทศอังกฤษ ทำให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีโอกาสในการทำงาน/ประกอบอาชีพ รายได้ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับครอบครัวและการสนับสนุนทางอารมณ์ดีขึ้น⁸ ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดความรุนแรงของอาการ ลดการกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁹ การศึกษากครั้งนี้เป็นการทดลองนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยคาดว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติดีขึ้น และไม่กลับมาับการรักษาซ้ำ ภายใน 6 เดือน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (action and participatory research) ในการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาทดลองเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 13 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค “จิตเภท” มีประวัติการกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือมีปัญหาความยากลำบากในการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวที่บ้าน หรือมีประวัติขาดการรักษาต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยมีผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระหว่างวันที่ 3 มีนาคม - 30 พฤษภาคม 2551

ประเมินระดับพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติ โดยประยุกต์จากแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ¹⁰ แล้วจัดระดับผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์จัดระดับดังนี้

ระดับที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย <2.41 หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเป็นภาระต่อการดูแลของญาติอย่างมาก

ระดับที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 2.41-3.41 หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเป็นภาระต่อการดูแลของญาติปานกลาง

ระดับที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย >3.41 หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยไม่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติ

หมายเหตุ คะแนนพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติสูง แปลว่า ผู้ป่วยไม่เป็นภาระต่อการดูแล ส่วนคะแนนพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติต่ำ แปลว่า ผู้ป่วยเป็นภาระต่อการดูแล

ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เป็นการค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมจากคุณลักษณะที่กำหนดไว้ จากบันทึกในแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อบ้านใกล้เคียง จากนั้นประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ระบุผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน และติดตามผล ทั้งนี้กิจกรรมที่ระบุในแผนการดูแลเน้นที่การจัดการกับอาการทางจิตเบื้องต้น

ด้วยตนเอง การควบคุมอารมณ์และการเฝ้าระวังอาการ ความรู้เรื่องยาที่ได้รับ การรับประทานยาที่ถูกต้อง การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา การฝึกช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ทักษะการสื่อสาร มารยาททางสังคม และการมีกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ความสำคัญของบทบาทบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในครอบครัว เดียวกันและแนวทางการขอความช่วยเหลือเมื่อมีความผิดปกติทางจิตตามบทบาทวิชาชีพ ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

กำหนดความเข้มข้นในการดูแลผู้ป่วยมีเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฯ ระดับที่ 1 ให้การดูแลที่บ้าน 2 สัปดาห์ต่อครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฯ ระดับที่ 2 ให้การดูแลที่บ้าน 3 สัปดาห์ต่อครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฯ ระดับที่ 3 ให้การดูแลที่บ้าน 4 สัปดาห์ต่อครั้ง รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง

ทั้งนี้ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลศรีธัญญาจะเป็นผู้ให้การดูแลในครั้งแรกและครั้งสุดท้าย ส่วนครั้งอื่นๆ ระหว่างดำเนินการเป็นการประสานงานร่วมกันและมอบหมายให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ดูแลตามแผนการดูแลตามความเหมาะสม

ติดตามประเมินผล รวมทั้งการประเมินระดับพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ได้รับ (โดยเป็นการให้ความเห็นร่วมกันของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก) ด้วยการประเมินค่า 1- 5 (น้อยที่สุด- มากที่สุด) ใน 6 ด้าน ดังนี้ การเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น, การมีส่วนร่วมในการค้นหาและการจัดลำดับปัญหา, การมีส่วนร่วมในการคิดวิธีการแก้ไขปัญหาคำปรึกษาทางจิต, ความสามารถในการแก้ไขปัญหาจัดการกับอาการเจ็บป่วยทางจิตได้เอง

วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมที่เป็นภาระของผู้ป่วยต่อญาติก่อนและหลังการศึกษาด้วย Wilcoxon sign rank test

ผล

ลักษณะตัวอย่างประชากรในการศึกษาครั้งนี้มีตัวอย่างประชากร 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยจิต-เภทและผู้ดูแลหลักที่บ้าน อย่างละ 13 ราย กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี สถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษามัธยมศึกษา อายุการเจ็บป่วยครั้งแรกอยู่ระหว่าง 21-30 ปี และมีอาชีพเป็นผู้ว่างงาน

ในกลุ่มผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นหญิงอายุ 51 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส คู่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา และมีอาชีพเกษตรกร ภายหลังการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่าผู้ป่วยจิตเภททุกราย มีคะแนนพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติสูงขึ้น โดยที่ 5 รายไม่มีการเปลี่ยนระดับของภาระการดูแล 2 ใน 5 รายอยู่ในระดับเป็นภาระสูง ดังตารางที่ 1

หลังสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่มีผู้ป่วยรายใดกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือน (มิถุนายน-ตุลาคม 2551)

เมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักร่วมกันให้ความเห็นโดยประเมินความพึงพอใจในการดูแลแบบการจัดการรายกรณี พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อทุกข้อในระดับมาก โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับการช่วยเหลือสามารถอยู่ร่วมกันได้ดีขึ้นมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือความรู้สึกรู้สึกมั่นใจในการที่จะดูแลและการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติก่อนและหลังการดูแลในรูปแบบการจัดการรายกรณี

คนที่	พฤติกรรมผู้ป่วย				p
	ก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี		หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี		
	ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย (SD)	
1	1	1.9 (.3)	1	2.2 (.4)	0.10
2	1	2.1 (.3)	1	2.3 (.5)	0.08
3	1	2.4 (.5)	3	3.5 (.5)	0.00
4	1	2.1 (.8)	3	3.5 (.5)	0.00
5	1	2.4 (1.3)	3	3.5 (.7)	0.01
6	1	2.2 (.8)	3	3.6 (.6)	0.00
7	1	2.4 (1.2)	3	3.5 (.7)	0.00
8	2	2.7 (1.1)	3	3.5 (.8)	0.01
9	2	2.5 (.8)	3	3.6 (.9)	0.00
10	2	2.8 (.7)	3	3.5 (.7)	0.00
11	3	3.5 (.5)	3	3.9 (.6)	0.03
12	3	3.5 (.7)	3	3.8 (.7)	0.10
13	3	3.5 (.5)	3	3.8 (.7)	0.05

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และระดับความพึงพอใจต่อการดูแลแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

ความพึงพอใจต่อการดูแลแบบการจัดการรายกรณี	คะแนนเฉลี่ย (SD)
รายชื่อ	
1. การเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น	4.0 (.6)
2. การมีส่วนร่วมในการค้นหาและการจัดลำดับปัญหา	4.0 (.7)
3. การมีส่วนร่วมในการคิดวิธีการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต	3.7 (.6)
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหา จัดการกับอาการเจ็บป่วยทางจิตได้เอง	3.7 (.8)
5. ผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับการช่วยเหลือสามารถอยู่ร่วมกันได้ดีขึ้น	4.2 (.6)
6. ความรู้สึกมั่นใจในการที่จะดูแลและการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	4.1 (.7)
โดยรวม	3.9 (.4)

วิจารณ์

หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมฯ สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 10 ราย และเมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 เดือน (มิถุนายน-ตุลาคม 2551) ไม่มีผู้ป่วยคนใดกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกันกับผลการศึกษาของ Muesre และคณะ⁹ ที่พบว่า การใช้ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ลดอาการทางจิต เพิ่มคุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย และ Ziguras และ Stuart¹¹ รายงานว่าระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวช ในรูปแบบผู้ชำนาญการในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (clinical case management) และรูปแบบทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (assertive case management) พบว่าการให้บริการทั้ง 2 รูปแบบ ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกต่อครอบครัว เกิดความพึงพอใจต่อบริการ

เมื่อพิจารณาในกลุ่มพฤติกรรมฯ ระดับที่ 1 (เป็นภาระต่อญาติมาก) เมื่อสิ้นสุดการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พบว่า มีผู้ป่วย 5 รายที่มีระดับพฤติกรรมฯ ดีขึ้นโดยเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมฯ ระดับที่ 3 (ไม่เป็นภาระต่อญาติ) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะแผนการดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุม ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โดย

มักจะอยู่รอพบทีมสหวิชาชีพตามเวลานัดหมายเสมอ ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและปฏิบัติตามแผนรวมทั้งการให้ข้อสังเกตผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วย ส่วนอีก 2 รายที่พบว่าระดับพฤติกรรมฯ คงเดิม เป็นเพราะญาติผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าการประกอบอาชีพ โดย 1 รายน้องสาวเป็นผู้ดูแลน้องสาวและน้องเขยมีรถบรรทุก 6 ล้อรับจ้างต้องออกไปต่างจังหวัดบ่อย ผู้ป่วยมักถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และอีก 1 ราย ครอบครัวประกอบอาชีพทำสวนผัก ต้องช่วยกันทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย และไม่สามารถควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยไปดื่มสุราได้ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มพฤติกรรมฯ ระดับที่ 2 และระดับที่ 3 นั้น ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อการดูแลของญาติผู้ดูแลหลักมีน้อยอยู่แล้ว เมื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุม จากการวางแผนของทีมสหวิชาชีพ และความร่วมมือของญาติผู้ดูแลหลักอย่างจริงจัง ทำให้เมื่อสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยจึงมีระดับพฤติกรรมฯ ดีขึ้น

การนำการจัดระดับพฤติกรรมฯ ตามระดับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อการจัดการดูแลของญาตินั้น เอื้อประโยชน์ต่อการพิจารณาต่อความเข้มข้นของการกำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหรือการติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลหากระดับพฤติกรรมฯ ของผู้ป่วยดี คืออยู่ในระดับ 3 ความเข้มข้นของการกำหนดระยะเวลาดูแลก็ลดลงและสามารถส่งต่อไปให้บุคลากรสาธารณสุขใน

พื้นที่ดำเนินการเองได้ตามแผนการดูแลที่วางไว้ อย่างไรก็ตามก็ยังจำเป็นต้องอาศัยการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมสนับสนุนให้มีการประสานงานร่วมกันกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างใกล้ชิด ทำให้การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจตรงกัน เกิดการปรับแนวคิดในทางบวกเกี่ยวกับการรักษา ลดความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับโรคและผลกระทบของโรคจิตเภทลง ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพตามความเป็นจริงได้ แม้ว่าบางคนจะมีอาการรุนแรงเฉพาะด้านเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังคงให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เอาใจใส่สุขภาพตนเองด้วยดี นอกจากนี้การได้รับการยกย่องชมเชยจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น

สรุป

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อาศัยการร่วมมือการทำงานของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ป่วย และญาติ มีการกำหนดลำดับขั้นการทำงานตามลำดับ คือ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยความต้องการดูแล การวางแผนการดูแลโดยยึดระดับสมรรถภาพของผู้ป่วย (พฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อการเป็นภาระและไม่เป็นภาระต่อญาติ) การปฏิบัติตามแผนการดูแล การติดตามประเมินผล

การประสานงาน รวมทั้งความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะมีสมรรถภาพดีขึ้น อยู่ร่วมกันกับครอบครัวได้ ยังป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานประจำปี 2548 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.
2. รายงานประจำปี 2549 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2549.
3. รายงานประจำปี 2550 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2550.
4. Johnstone EC, Geddes J. How high is the relapse rate in schizophrenia?. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;382:6-10.
5. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 1995;21:657-68.
6. Jinnett K, Alexander JA, Ullman E. Case management and quality of life: assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Health Serv Res* 2001;36:61-9.

7. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:50-6.
8. Bowers, L. Monitoring the outcome of case management and community care: The care programme approach support system (CPASS). J Psychiatr Ment Health Nurs 1997;4:37-44.
9. Mueser HT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: A review of the research. Psychiatr Serv 2002; 53:1272-84.
10. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ, ปราณีพร บุญเรือง, สมจิต แดนสีแก้ว, นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
11. Ziguers SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000;51:1410-21.

เอกสารแนบ

แสดงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วยวิธีการ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ลำดับที่	บุคคลผู้เกี่ยวข้อง	ขอบเขตหน้าที่
1	ผู้ป่วย	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของตนเองและบริการที่ต้องการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของตนเอง 2. ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการดูแล 3. บอกถึงผล อันได้แก่ ความรู้สึก ความคิดเห็น ต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 4. ให้ความร่วมมือในการประเมินผล
2	ผู้ดูแลหลัก	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความยุ่งยากในการดูแล ปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย และความต้องการการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพที่ลงพื้นที่หรือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 2. ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล 3. บอกถึงผล อันได้แก่ ความรู้สึก ความคิดเห็น ต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย 4. ให้ความร่วมมือในการประเมินผล (ให้การสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน)
3 3.1	ทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการ (ผู้ศึกษาคนที่ 1 : จิตแพทย์)	บทบาทในฐานะผู้จัดการ 1. การประเมิน เพื่อที่จะระบุปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว คงไว้ซึ่งการรู้จักปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ปรากฏเป็นปัจจุบันเสมอ ตระหนักถึงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เครือข่ายการช่วยเหลือของผู้ป่วย รวมทั้งการระบุเป้าหมายของบริการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. การวางแผน กำหนดความหมาย/ลักษณะของการสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการช่วยเหลือ/ให้บริการอย่างเป็นทางการ มีการประชุมร่วมกับบุคลากรสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดูแล 3. สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะบริการ ทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการติดต่อกับผู้อื่น ปกป้อง ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการต่างๆ 4. ทบทวน คงไว้ซึ่งการเชื่อมผู้รับบริการที่บ้านตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ทบทวนผลกระทบจากบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ ทำการประเมินและวางแผนให้การดูแลใหม่เสมอเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลทางการประเมิน และทำการประเมินผลลัพธ์การดูแล

ลำดับที่	บุคคลผู้เกี่ยวข้อง	ขอบเขตหน้าที่
		บทบาทในฐานะจิตแพทย์ ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยโรค แนวโน้มของอาการ สัญญาณเตือนที่อันตราย วางแผนการรักษาเพื่อลดระดับอาการและป้องกันความรุนแรงจากอาการทางจิต รักษา อาการทางกายที่เกี่ยวข้อง
3.2	พยาบาลจิตเวช	มีหน้าที่สัมภาษณ์ สังเกต เก็บข้อมูลจากทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด บันทึกข้อมูล ประเมินระดับพฤติกรรมผู้ป่วยให้การดูแลตามแผนการดูแลประสานกับบุคลากรใน พื้นที่เพื่อรับช่วงการดูแลต่อ และร่วมประเมินผลลัพธ์การดูแล
3.3	เภสัชกร	จัดเตรียมยาตามแผนการรักษา ร่วมวิเคราะห์ผลการรักษาทางยา และอาการข้างเคียง ที่เกิดขึ้น ให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และให้คำปรึกษาเรื่องยาจิตเวชแก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
3.4	นักสังคมสงเคราะห์	เข้าร่วมประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิ่ง- แวดล้อมและสถานการณ์ทางสังคม รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน การจัดหา แหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย ได้เข้าถึงกระบวนการรักษาและการรักษาตามสิทธิ
3.5	นักจิตวิทยา	ร่วมประเมินปัญหาเบื้องต้นอันก่อให้เกิดพฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการ วิเคราะห์ทางจิตวิทยาในรายที่จำเป็น
3.6	บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	สนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการรุนแรงและอันตรายที่อาจ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมผู้ป่วย