

ผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย
โรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุรินทร์

The effect of case management on re-admission
of schizophrenic patients at Surin Hospital

Charnwit Panomsert M.D.*

ชาญวิทย์ พนมเสริฐ พ.บ.*

ABSTRACT

- Objective** : To determine the effectiveness of case management on re-admission of schizophrenic patients at Surin Hospital.
- Methods** : The quasi-experimental study was done in 37 schizophrenic patients who were purposively populations. Research instrument used in the intervention program was a care map for schizophrenic patients and research instrument used for obtaining data consisted of 1) Satisfaction Questionnaire on case management for patients and relatives 2) evaluation of the health care team satisfaction's level. General information record, re-admission and satisfaction were analyzed by using frequency, mean, and percent.
- Result** : The result revealed of re-admission has reduced. The satisfaction on case management in experiment group was at high level.
- Conclusion** : A case management program is a promising intervention for schizophrenic patients with re-admission problems.
- Key words** : Schizophrenia, Case Management, re-admission

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

: เพื่อศึกษาผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา

: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซ้ำซ้อน จำนวน 37 รายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2551 เป็นระยะเวลา 1 ปี นำเสนอในรูปแบบ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

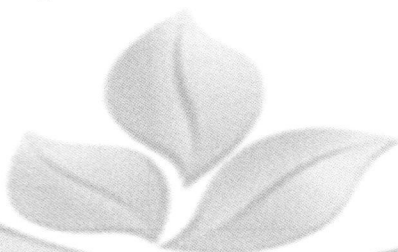
: ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วง อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 48.6 และมี การศึกษาระดับประถมศึกษา ปีที่ 6 ร้อยละ 48.6 อาชีพรับจ้าง ทำนา และทำงานบ้านร้อยละ 32.4, 29.7 และ 13.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา เป็นครั้งแรก จำนวน 12 คน ร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 3 จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.7 ระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 48.65 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 วัน ร้อยละ 78.38 ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.72) และเมื่อพิจารณารายข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยเกี่ยวกับการระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจากญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และไม่พร้อมที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องการได้รับการรักษาให้หายขาด ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วย พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.54) และทีมสหสาขาวิชาชีพไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นการเพิ่มภาระต่อการทำงาน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.55)

สรุป

: การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผลลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท และส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

คำสำคัญ

: โรคจิตเภท, การดูแลผู้ป่วยรายกรณี



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบได้บ่อย พบถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป ลักษณะสำคัญ ของโรคนี้ คือ มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม^(1,2) มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้งและแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพ เดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้ น้อยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคง หลงเหลืออาการอยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็มี อาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ⁽³⁾ อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ อาการทางด้านบวก ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติทางการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม อีกกลุ่มหนึ่ง คืออาการทางด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรม ทุกชนิด^(1,2)

สถิติการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสุรินทร์ ใน ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 23 คนและในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 37 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาป่วย 2-5 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 16.5 วัน และถ้า ระยะเวลาป่วย 5 ปีขึ้นไปจำนวนวันนอนเฉลี่ย 30 วัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลต้องสูญเสีย ต้นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 9,703 บาทต่อคน ปี พ.ศ. 2550 เฉลี่ย 12,364 บาทต่อคน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสุรินทร์, 2550)

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้ ร่วมกันจัดทำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement (CQI) เรื่องโรคจิตเภท พบว่า ในปี พ.ศ. 2548

อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง แต่ในปี พ. ศ. 2549 อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มขึ้น และในปี พ.ศ. 2550 อัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น จากการ ทบทวน วิเคราะห์ของทีมสหสาขาวิชาชีพใน กลุ่มงาน พบว่า จุดอ่อน คือ แผนการดูแลผู้ป่วย เป็นแผนดูแลในภาพรวม เจ้าหน้าที่ไม่ได้กำหนด วัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้ขาด ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ขาดการประสาน งานของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และ ขาดการประสานงานกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในการให้ข้อมูล หากสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ ก็จะทำให้ อัตราการครองเตียงลดลง และได้มีการนำ เอาจริงการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่นเดียวกับ Mahendran, R⁽⁴⁾ รายงานผลการใช้การดูแลผู้ป่วยรายกรณีใน โรงพยาบาลจิตเวช ในอังกอร์ จากเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึงเดือนตุลาคม 2547 จำนวนผู้ป่วย 227 คน พบว่า การกลับมารักษาซ้ำลดลงจาก 65 คน เป็น 26 คน ลดการไม่มารับยาตามนัดจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 11.9 และลดจำนวนวันนอนจาก 15.6 วัน เหลือ 4 วัน

ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และญาติกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายภายใน 3 เดือนและ 6 เดือนกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม^(2,4,5,6) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีม สหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ ครอบคลุมถึง การประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ

การประสานงานระบบให้บริการ และการประเมินผล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัว ชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ คำนึงต่อทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำลอง แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังจำเป็นต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการเตรียม ครอบครัว ชุมชน อย่างเป็นระบบ ดูแลแบบองค์รวม ไมเช่นนั้นทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะลดลง ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะลดลงเช่นกัน^(7,8)

ทั้งนี้ได้มีการศึกษาแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำอีกหลายวิธี เช่น แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยซ้ำได้^(9,10) การปรับเปลี่ยนการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy (CBT) ในผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปแนะนำว่าการรักษาแบบ CBT จะไม่ค่อยได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการทางลบรุนแรง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการกินยาเป็นสาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำ⁽¹¹⁾ ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสุรินทร์

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรุนแรงและมีระยะเวลานาน ซึ่งต้องกลับมารักษาซ้ำเพราะไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ดังนั้นจึงต้องหารูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเฉพาะราย และต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ ลดจำนวนวันนอน คัมทุน และได้รับความการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการจัดกรรณิการต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ซึ่งจะสามารถนำมาแก้ปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อการพัฒนาระบบบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถนำไปสู่การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวน 37 ราย ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2551 เป็นระยะเวลา 1 ปี บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ใน ช่วง อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 48.6 และมี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 48.6 อาชีพ รับจ้าง ทำนา และทำงานบ้านร้อยละ 32.4, 29.7 และ 13.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษา เป็นครั้งแรก จำนวน 12 คน ร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นครั้งที่ 3 จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management)(n=37)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	23	62.2
	หญิง	14	27.8
2	อายุ		
	<20 ปี	4	10.8
	21-30	18	48.6
	31-40	11	29.7
	41-50	4	10.8
	$\bar{X} \pm SD$	29.94 $\pm$ 7.92	
3	ระดับการศึกษา		
	ป.4	6	16.2
	ป.6	18	48.6
	มัธยมต้น	10	27
	มัธยมปลาย	3	8.1
4	อาชีพ		
	นักเรียน	3	8.1
	งานบ้าน	5	13.5
	ค้าขาย	1	2.7
	รับจ้าง	12	32.4
	ทำนา	11	29.7
	รับราชการ	0	0
	ว่างงาน	5	13.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5 จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล		
ครั้งที่ 1	12	32.4
ครั้งที่ 2	5	13.5
ครั้งที่ 3	6	16.2
ครั้งที่ 4	3	8.1
ครั้งที่ 5	3	8.1
ครั้งที่ 6	1	2.7
ครั้งที่ 7	1	2.7
ครั้งที่ 8	1	2.7
ครั้งที่ 9	1	2.7
ครั้งที่ 10 ขึ้นไป	4	10.8

ระยะเวลาการกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพบว่าในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 48.65 ผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำมากที่สุด จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำส่วนใหญ่ ไม่เกิน 30 วัน ร้อยละ

78.38 ทั้งนี้เกิดจากการได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การให้ความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ การดูแลให้ความจากสหสาขาวิชาชีพ และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาการกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี แยกตามเพศ อายุ และจำนวนวันนอน (n=37)

		ระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำ				รวม	ร้อยละ
		≤ 6 เดือน (N=22)		> 6 mo (N=15)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	13	35.14	10	27.03	23	62.16
	หญิง	9	24.32	5	13.51	14	37.84
อายุ	≤20 ปี	3	8.11	1	2.70	4	10.81
	21-30 ปี	9	24.32	9	24.32	18	48.65
	31-40 ปี	8	21.62	3	8.11	11	29.73
	41-50 ปี	2	5.41	2	5.41	4	10.81
จำนวนวันนอน	≤30 วัน	15	40.54	14	37.84	29	78.38
	31-60 วัน	5	13.51	1	2.70	6	16.22
	61-90 วัน	2	5.41	0	0.00	2	5.41

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณีนั้น โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean=4.76) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยอยากกลับบ้านเร็ว คิดถึงบ้านมาก

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (n= 37)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านพึงพอใจกับการที่แพทย์มาเยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุกสัปดาห์	4.76	0.44	มาก
2. ท่านพึงพอใจกับการที่มีพยาบาลมาคอยดูแลอาการของผู้ป่วยทุกวัน	4.81	0.40	มาก
3. ท่านพึงพอใจกับการที่มีพยาบาลเข้าไปพูดคุย ซักถามอาการของผู้ป่วยทุกวัน	4.84	0.37	มาก
4. ท่านพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาวิชาชีพ เข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	4.76	0.44	มาก
5. ท่านพึงพอใจกับการที่มีเจ้าหน้าที่มาคอยให้ข้อมูล เรื่องแผนการดูแลรักษา และความก้าวหน้าให้ท่านทราบทุกวัน	4.81	0.40	มาก
6. ท่านพึงพอใจกับคำอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	4.89	0.36	มาก
7. ท่านพึงพอใจกับกิจกรรมต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน	4.81	0.40	มาก
8. ท่านพึงพอใจกับระยะเวลาที่ท่านต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	4.32	0.78	น้อย
9. ท่านพึงพอใจกับการให้คำแนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ในทีมผู้ดูแล	4.84	0.37	มาก
10. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาท่านจะได้รับ คำแนะนำที่ดีเสมอ	4.81	0.40	มาก

*ระดับความพึงพอใจ เกณฑ์ต่ำ = ค่าเฉลี่ย ≤ 4.48 เกณฑ์ปานกลาง = ค่าเฉลี่ย 4.49-4.75, เกณฑ์สูง = ค่าเฉลี่ย ≥ 4.76

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.72) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการให้ความดูแลอย่างใกล้ชิดและการให้

ข้อมูลการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยเกี่ยวกับการระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานเนื่องจากญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และไม่พร้อมที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องการได้รับการรักษาให้หายขาด



ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (n = 37)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยรายกรณี	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านพึงพอใจกับการที่แพทย์มาเยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุกสัปดาห์	4.81	0.40	มาก
2. ท่านพึงพอใจกับการที่มีพยาบาลมาคอยดูแลอาการของผู้ป่วยทุกวัน	4.84	0.37	มาก
3. ท่านพึงพอใจกับการที่มีพยาบาลเข้าไปพูดคุย ชักถามอาการของผู้ป่วยทุกวัน	4.78	0.42	มาก
4. ท่านพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาวิชาชีพ เข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	4.70	0.46	ปานกลาง
5. ท่านพึงพอใจกับการที่มีเจ้าหน้าที่มาคอยให้ข้อมูล เรื่องแผนการดูแลรักษา และความก้าวหน้าให้ท่านทราบทุกวัน	4.68	0.48	ปานกลาง
6. ท่านพึงพอใจกับคำอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	4.78	0.42	มาก
7. ท่านพึงพอใจกับกิจกรรมต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน	4.78	0.42	มาก
8. ท่านพึงพอใจกับระยะเวลาที่ญาติท่านต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	4.22	0.75	น้อย
9. ท่านพึงพอใจกับการให้คำแนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ในทีมผู้ดูแล	4.84	0.37	มาก
10. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาท่านจะได้รับ คำแนะนำที่ดีเสมอ	4.81	0.40	มาก

*ระดับความพึงพอใจ เกณฑ์ต่ำ = ค่าเฉลี่ย ≥ 4.39 , เกณฑ์ปานกลาง = ค่าเฉลี่ย 4.40-4.71, เกณฑ์สูง = ค่าเฉลี่ย ≤ 4.72

ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.54) และสามารถประสานเข้ากับงานประจำที่ตนเองทำได้

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นการเพิ่มภาระต่อการทำงาน เห็นจากระดับความคิดเห็นน้อยอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.55) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในหอผู้ป่วย (n = 11)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยรายกรณี	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. การดำเนินงานนี้ทำให้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน	4.73	0.47	มาก
2. การดูแลผู้ป่วยในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทำให้ท่านมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	4.64	0.51	มาก
3. เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ	4.73	0.47	มาก
4. ท่านตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้ป่วย	4.64	0.51	มาก
5. ท่านมองเห็นความสำคัญของบทบาทวิชาชีพอื่นมากขึ้น	4.55	0.52	มาก
6. ท่านพึงพอใจต่อแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.55	0.52	มาก
7. ท่านสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย	4.45	0.52	มาก
8. ท่านสามารถดำเนินการปรับแผนการดูแลและประเมินผลเมื่อท่านต้องการ	4.64	0.51	มาก

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยรายกรณี	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
9. การทำงานในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีช่วยให้มองเห็นประเด็นปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายมากขึ้น	4.73	0.47	มาก
10. มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.82	0.41	มาก
11. การดำเนินงานนี้สามารถผสมผสานกับงานประจำของท่าน	4.73	0.47	มาก
12. การดำเนินงานนี้เพิ่มภาระในการทำงานให้มากขึ้น	1.55	0.52	น้อย
13. การดำเนินงานนี้ควรดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มาก
14. การดำเนินงานนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	5.00	0.00	มาก
15. ควรขยายผลการดูแลผู้ป่วยรายกรณีนี้ไปยังหอผู้ป่วยอื่น	4.73	0.47	มาก
16. ควรมีผู้ประสานงานหลักในโครงการนี้เพื่อประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.73	0.47	มาก
17. การดำเนินงานนี้ทำให้ท่านได้ใช้ความรู้อย่างเต็มที่	4.64	0.51	มาก
18. การดำเนินงานนี้ทำให้ท่านได้ใช้ความรู้อย่างเต็มที่	4.74	0.48	มาก
19. ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจกับการดำเนินงานการจัดการดูแลผู้ป่วย	4.64	0.51	มาก
20. ท่านสามารถบันทึกผลการบำบัดรักษาตามแผนการดำเนินงาน ที่กำหนดไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย	4.55	0.52	มาก

*ระดับความเห็น เกณฑ์ต่ำ = ค่าเฉลี่ย ≥ 4.23 , เกณฑ์ปานกลาง = ค่าเฉลี่ย 4.24-4.53, เกณฑ์สูง = ค่าเฉลี่ย ≤ 4.54

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 48.65 และช่วงอายุที่กลับมารักษาซ้ำน้อยที่สุด คือ ช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 10.81 จำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 วัน ร้อยละ 78.38 ทั้งนี้เกิดจากการได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการดูแล

ผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์ ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ญาติได้รับการประเมินปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการให้คำปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเดินทางมารักษาของผู้ป่วยและญาติลำบาก นอกจากนั้นญาติยังได้มีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษา ผู้ป่วยมีความรู้ในโรคจิตเภท และการดูแลตนเองมาก และเมื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านพบว่าผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา และการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบรายกรณี ผู้ป่วยจะได้รับผู้จัดการส่วนตัว เพื่อดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิต และสุขภาพ การบริโภคอาหารและเสื้อผ้า และความต้องการพื้นฐานต่างๆ การรักษาชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควรและลดความจำเป็นในการต้องอยู่โรงพยาบาล⁽¹²⁾ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการให้บริการแก่ผู้รับบริการแบบเฉพาะราย โดยครอบคลุมปัญหาที่ซับซ้อน และต้องใช้การประสานงานซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ให้

บริการฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการ โดยตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการ ทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม อารมณ์ และ จิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ⁽¹³⁾

ระดับความพึงพอใจของผลการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของผู้ป่วย และญาติ มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีพึงพอใจในระดับน้อยเกี่ยวกับระยะเวลาอนโรพยาบาลนาน เนื่องจากผู้ป่วยอยากกลับบ้านเร็ว คิดถึงบ้าน มีความกังวลในการรักษา ส่วนความพึงพอใจญาติผู้ป่วยนั้นไม่พร้อมที่จะให้ผู้ป่วยกลับเนื่องจากญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และไม่พร้อมที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องการได้รับการรักษาให้หายขาด ผลจากการที่สังคมไม่ยอมรับ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ส่งผลต่อการกำเริบของผู้ป่วย⁽¹⁴⁾ และการวางแผนการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย⁽¹⁵⁾

สรุป

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผลลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท และส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายด้วยแบบทดสอบที่เชื่อถือได้

2. ควรวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงแล้วมีการเตรียมผู้ป่วยญาติ และชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

3. ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นปัญหาควรมีการวินิจัยชุมชนทุกครั้งและอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ธงชัย ตริวิบูลย์วัฒน์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา คุณวันเพ็ญ ทัดศรี และ ภก.ญ.ชุตินา วิจิตรานุวัตร ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจน พญ.พัชรียัมรัตน์ บรรณธิการที่ช่วยตรวจสอบผลงานให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

บรรณานุกรม

1. Mahendran, R, Hendriks, M, Tellayan T, Maarof MS. Case Management in a Psychiatric Hospital : Review of Outcomes and Resource Utilisation. Hong Kong J Psychiatry ; 16:3-6.
2. จันทนา ศรีวิศาล, นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2548 ; 19 : (1)
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รวมฉบับที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด ; 2548.
4. ผกาธน์ ถาวรวงศ์ และคณะ. ผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

- จิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. 6-8 กรกฎาคม 2548 ; ณ โรงแรมปรีซ์พาลเลซ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. ; 2548 : 139-40.
5. สมภาพ เรืองตระกูล และคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว ; 2542
6. สมภาพ เรืองตระกูล และคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ เรือนแก้ว ; 2545
7. รักสุตา กิจอรุณชัย และฉันทนา บุญคล้าย. การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง. วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย ; 2549:14(2) : 124-33.
8. มนัสวี ศรีโท. การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายกรณีในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิงโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2549.
9. พรทิพย์ วชิรดิolk. การฝึกทักษะการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญาร่วมกับการสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2549.
10. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing 2007 ; 16 :1302-12.
11. ยุทธนา อดองสกุลม้น. การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท :รายงานผู้ป่วย4 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2008 ; 13(2),114-23.
12. มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2542.
13. เขาวลัษณ์ มีบุญมาก. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ;2547; 12 (1):50-5.
14. Meijel BV, Kruitwagen C. Gaag M van der. Kahn RS. &Grypdonck,M.H.F. Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia : A review of The literature. Journal of Nursing Schollarship ; 2004 : 24-39.
15. Meijel, B van., Kruitwagen, C.,Gaag,M van der.,Kahn,R.S&Grypdonck,M.H.F. An intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. Journal of Nursing Schollarship.First Quarter; 2006

