

ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ ป.ร.ด*

นิฤมล เผือกคง พย.บ**

สมจิต หนูเจริญกุล Ph.D.***

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 กลุ่มคือ 1) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 1 ราย 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 51 ราย 3) ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 69 ราย และ 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 14 ราย สถานที่วิจัยคือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท การดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาล ส่วนผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อรวบรวมข้อมูล โครงสร้างและกระบวนการบริการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Two-way ANOVA และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการขององค์กรให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ทำให้เกิดการยอมรับในคุณค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจากองค์กรต่างๆ สามารถสร้างผลงานทางวิชาการให้กับทีมงานและเผยแพร่สู่สาธารณะ ส่งผลให้องค์กรมีชื่อเสียง การประเมินผลลัพธ์ทั้งสองด้าน พบว่า หลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีมของโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองระดับมาก ผู้ดูแลมีภาระการดูแลระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการระดับสูง อัตราการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าก่อนมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$, และ $p < .001$)

ผลการศึกษาสนับสนุนประโยชน์ของการใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระบบสุขภาพ และขอเสนอสภาการพยาบาลเร่งดำเนินการขอตำแหน่ง และศึกษาถึงการขยายขอบเขตของการพยาบาลชั้นสูงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในระบบสุขภาพของประเทศไทย

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(2) 17-35

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรคจิตเภท

*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ Email: jiraporns@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

***ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังจึงทำให้มีอัตราสูงกว่อัตราอุบัติการณ์ กว่ำร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹ ประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทในอัตรา 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน² อาการแสดงของโรคมีความผิดปกติทั้งการรับรู้ ความคิด การพูด กิริยาท่าทาง และการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน³ และพบปัญหาซับซ้อน เช่น ติดสารเสพติด อาการกำเริบ ต้องรับการบำบัดทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนระยะยาว ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม อย่างไรก็ตามกว่า 40 ปี ที่ระบบสุขภาพทั่วโลกสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภทกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนโดยเร็ว⁴ เน้นการดูแลต่อเนื่องเพื่อพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน และเกิดอาการทางจิตน้อยที่สุด⁵ โรงพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ⁶ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล เช่น การจัดการกับอาการต่างๆ ได้แก่อาการหูแว่ว⁷ อาการข้างเคียงของยาจิตเวช⁸ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถยกระดับคุณภาพการพยาบาลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สำหรับประเทศไทยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้แสดงผลลัพธ์และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนผ่านการนำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการต่างๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและสามารถยืนยันถึง

ประโยชน์ของการมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง การพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล แต่ข้อมูลดังกล่าวยังขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบที่จะได้ข้อสรุปที่สามารถยืนยันผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบบริการสุขภาพ ที่จะใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดตำแหน่งของพยาบาลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวในระบบสุขภาพ และยังขาดการเชื่อมโยงของผลลัพธ์กับโครงสร้างและกระบวนการ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการบริการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างและกระบวนการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช
2. เพื่อบรรยายผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแลของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาปีเตียน⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาโครงสร้างได้แก่

สภาวะที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามลักษณะขององค์กรที่ให้บริการและทรัพยากรสุขภาพที่มีกระบวนการ ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้กับผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพทั้งการวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ และผลลัพธ์ โดยใช้ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ 2 ด้านคือ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท การการดูแลของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากพยาบาลและ 2) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน 90 วัน และ 180 วัน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยายเปรียบเทียบ (comparative descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำงานอยู่ในทีมกับกลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้บรรยายโครงสร้างและกระบวนการเพื่อเชื่อมโยงกับผลลัพธ์และประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สถานที่ทำการวิจัยคือโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case management) และระบบ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแห่งนี้ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2545 ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์คือ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลเวชสถิติเท่านั้น รวบรวมได้จำนวน 51 ราย 3) ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2552) โดยระบบการจัดการรายกรณี คัดเลือกตามเกณฑ์คือ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป การรับรู้ปกติและสามารถสื่อสารภาษาไทย รวบรวมได้จำนวน 69 ราย และ 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงรวมทั้งสิ้น 14 ราย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในโครงการร่วมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 5 ราย ผู้บริหารทางการพยาบาล 2 ราย ได้แก่ หัวหน้าและรองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ราย จิตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเภท 2 ราย นักจิตวิทยาคลินิกทำหน้าที่ประเมินและทดสอบอาการทางจิตให้กับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย เภสัชกรที่รับผิดชอบการรักษาด้วยยาและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ราย และนักอาชีวอนามัยผู้ทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณีและระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงาน ผลงาน และความรับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตและสัมภาษณ์ เกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเชิงประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย จลี เจริญสรรพ และคณะ¹⁰ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับมีจำนวนข้อ 45 ข้อ ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96

2.2) แบบประเมินภาระการดูแล (Caregiver Burden) ของญาติผู้ดูแลพัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี¹¹ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับมีจำนวนข้อทั้งหมด 24 ข้อ ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90

2.3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในบริการที่ได้รับจากพยาบาล พัฒนาโดย นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์และสมจิต หนูเจริญกุล¹² ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนข้อ 15 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

2.4) แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านองค์การ พัฒนาโดยผู้วิจัย ได้แก่ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จำนวนวันนอน) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 90 วันและ 180 วัน ค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาล ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และบันทึกสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติ และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โครงสร้างและผลลัพธ์ รวมทั้งประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสภาการพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล จิตเวชที่ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดของการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผลการศึกษาเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2545 ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 – มิถุนายน 2553) โดยใช้แบบสอบถามและจากเวชระเบียน ส่วนที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงถึงกระบวนการปฏิบัติงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถึงโครงสร้างและประโยชน์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ตามแนวทางการสัมภาษณ์ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาระการดูแลของผู้ดูแล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาล เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 90 วันและ 180 วันระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้สถิติ Two-way ANOVA และ multiple comparison (LSD) กำหนดความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 โครงสร้าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุ 45 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ขณะที่เก็บข้อมูลนี้ได้ลาศึกษาต่อระดับปริญญาเอกสาขาการพยาบาล (นานาชาติ) ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เคยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อนและศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ ประวัติการศึกษา หลังได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงในปี พ.ศ.2527 เข้าทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพใน

โรงพยาบาลแห่งนี้ เคยได้รับการอบรมระยะสั้นหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาสำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและกลับมาทำงานด้านวิชาการและบริการสุขภาพจิตและจิตเวชปี พ.ศ.2545 สอบวุฒิปัตตผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปี พ.ศ.2546 ได้รับตำแหน่งรองหัวหน้างานจิตเวชชุมชน และปี พ.ศ.2549-2553 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังทำงานสนับสนุนการศึกษาโดยการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้กับนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษาหลายสถาบัน เป็นอาจารย์พิเศษสอนภาคปฏิบัติวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชแก่นักศึกษาพยาบาล และด้วยความสำเร็จของการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้นแบบร่วมกับการประสานการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระบบการจัดการรายกรณี จึงได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรบรรยายในการประชุมและการอบรมให้กับหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกรมรวมทั้งในมหาวิทยาลัย

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาคั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ.2545 ซึ่งยังไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนได้ 51 ราย และกลุ่มที่ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี พ.ศ.2552-2553 หลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแล้วเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและเวชระเบียนได้ 69 ราย ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันคือ

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.35 และ 84.06) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 40.96 ± 11.46 ปี และ 33 ± 8.27 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.16 และ 92.75) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.51 และ 69.57) มีการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 54.90 และ 40.58) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50.98 และ 43.48) กว่าครึ่งมีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 60.87 และ 60.94)

ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอีก 69 ราย โดยมีผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.57) อายุระหว่าง 22–73 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี (SD 13.32) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.41 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76.81 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.56 ประกอบอาชีพทำสวนร้อยละ 46.37 สำหรับความสัมพันธ์เครือญาติระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดาจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 59.40) สามีหรือภรรยา 9 ราย (ร้อยละ 13) บุตรสาว 2 ราย (ร้อยละ 2.90) และเป็นญาติ 17 ราย (ร้อยละ 24.6) ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 6.54 ± 4.93 ปี และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่ำสุดเท่ากับ 6 เดือนและสูงสุด 20 ปี

3. โครงสร้างของสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งนี้ที่รับผิดชอบเขตภาคใต้ตอนบนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยใน เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลแห่งนี้ทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานกลางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนและครอบครัวผู้ดูแลโดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ลดระยะเวลาอนาถาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย 2) ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ

และ 3) ให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในยังเป็นสถานที่ในการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีพยาบาลทำหน้าที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนโดยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนี้มีแผนการดูแลล่วงหน้า (clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นเครื่องมือในการดูแลร่วมกัน ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการในศูนย์อย่างน้อย 1 ข้อ คือ 1) กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2) กลับมารักษาซ้ำมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี 3) มีประวัติการใช้สารเสพติด และ 4) มีประวัติทำร้ายตนเอง หรือคิดทำร้ายตนเองก่อนเข้ารับการรักษาภายใน 1 ปี

องค์ประกอบสำคัญของระบบการบริการมี 3 ประการ คือ

1. บุคลากรทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วยจิตแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เกสซิกเกอร์ และนักโภชนาการ ซึ่งทำหน้าที่ตามบทบาทวิชาชีพของตน โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าเป็นแนวทางในการปฏิบัติการบำบัดรักษาและมี clinical nursing practice guideline สำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

2. แผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทของบุคลากรในทีมตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะเป็นผู้ประสานและทำงานร่วมกับทุกวิชาชีพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตามมาตรฐานของแต่ละ

วิชาชีพ แผนการดูแลล่วงหน้า สร้างขึ้นโดยความร่วมมือและความเห็นชอบร่วมกันของทุกวิชาชีพ

3. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วย และทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงพัฒนางานโดยใช้ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์ทางคลินิกและจากการทบทวนความรู้ เพื่อต้องการแก้ปัญหาให้กับองค์กรที่มีมานาน ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า กลุ่มโรคจิตเภทเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มโรคที่สร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลและครอบครัวมากที่สุด กล่าวคือ มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมากที่สุด ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนที่ยาวนานมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องอาการกำเริบซ้ำ ทำให้ต้องกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งหลังจากกลับไปอยู่กับครอบครัวไม่นาน นอกจากนี้ยังพบโรคร่วมคือปัญหาผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ทำให้ปัญหาที่ซับซ้อนอยู่แล้วยิ่งทวีความยากในการจัดการมากขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาที่พบทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้นำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งในขณะที่ริเริ่มพัฒนาโครงการ (ปลายปี พ.ศ.2545) ยังไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่เมื่อสภาการพยาบาลได้ริเริ่มเปิดสอบก็สามารถสอบผ่านในรุ่นที่หนึ่งและได้เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช

และสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2546 และเป็นพยาบาลวิชาชีพคนแรกของโรงพยาบาลแห่งนี้ที่ได้รับวุฒิบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและได้ปฏิบัติบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงดังนี้

1. เป็นผู้นำพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายกรณีของโรงพยาบาลโดย

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นภาระกับโรงพยาบาลและครอบครัว

1.2 เสนอแนวทางการแก้ปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์คือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแก่ทีมสหวิชาชีพ

1.3 ริเริ่มชักชวนบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเข้าใจในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำกิจกรรมวารสารสโมสร เมื่อบุคลากรทีมสหวิชาชีพเห็นสอดคล้องและเห็นประโยชน์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงได้เขียนเป็นโครงการเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อขอรับการสนับสนุนให้ดำเนินการ

1.4 เพิ่มศักยภาพของทีม โดยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสหวิชาชีพเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

1.5 สร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยแต่ละวิชาชีพจะสร้าง care map ของวิชาชีพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 7 วิชาชีพ คือ พยาบาล จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการ และนักอาชีวบำบัด แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำเร็จในปี พ.ศ. 2546 ทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อน รวมทั้งติดตามประเมินผลในลักษณะ

ของการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเรื่องประสิทธิผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การวางแผนจำหน่าย และจัดตั้งเป็น “ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยใน” เพิ่มหน่วยงานย่อยเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนที่ติดผู้ป่วยนอกเรียกหน่วย day care clinic

1.6 ขยายระบบการดูแลที่ครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวโดยมีเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน เช่นโครงการ “สายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก” โดยการให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัว มาร่วมกิจกรรมเข้าค่ายค้างคืนที่โรงพยาบาล มีการทำกิจกรรมสร้างสายสัมพันธ์และกลุ่มเปิดใจกัน ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ระยะต่อมาได้เสนอผู้บริหารให้ปรับศูนย์เตรียมความพร้อมเป็นหอผู้ป่วยในดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

2. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายในชุมชน

3. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

4. เป็นวิทยากรในการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้กับหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต

5. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยให้กับนักวิจัยและนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลายสถาบัน

6. เป็นที่ปรึกษาและสอนพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลจิตเวชประจำตึกต่างๆ เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลผู้ป่วย

ให้ได้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลัน

7. เป็นพยาบาลหัวหน้าทีมในการรักษาและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อนและหัวหน้าศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยใน

8. ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายและทำการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเฉพาะในภาคใต้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน

9. การติดตามประเมินผลลัพธ์ โดยการทบทวนร่วมกับบุคลากรในองค์กรหลายเรื่อง มีการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการหลายครั้ง และตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการหลายฉบับ

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์เชิงปริมาณของการให้บริการสุขภาพที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งในขณะเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในโรงพยาบาลได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจึงไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาระการดูแล และความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากพยาบาล ส่วนผลลัพธ์ด้านองค์กรจะแสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมเนื่องจากสามารถใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มเปรียบเทียบได้ ผลลัพธ์ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน 90 วันและ 180 วัน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแล หลังมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงใน

ทีมและได้ใช้ระบบการจัดการรายกรณี มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ย 147.55 ± 22.80 และมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 136 – 180 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.30) รองลงมาคือ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 91 – 135 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.70)

ภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลหลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีม และได้ใช้ระบบการจัดการรายกรณีกว่าครึ่งมีคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ย 71.03 (ร้อยละ 57.14) หรืออยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ย 51.58 (ร้อยละ 21.42) หรือมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย และเพียงร้อยละ 1.7 ที่มีภาระการดูแลน้อยที่สุด

ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลหลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมและได้ใช้ระบบการจัดการรายกรณีส่วนมาก (ร้อยละ 89.3) มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาลในระดับสูง รองลงมามีความพึงพอใจในบริการระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.9) และส่วนน้อย (ร้อยละ 1.8) ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ

ผลลัพธ์ด้านองค์กร

ประกอบด้วย การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน 90 วัน และ 180 วัน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งในการวัดผลลัพธ์ด้านนี้จะมีการวัดทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมจำนวน 51

ราย และ 2) กลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมจำนวน 69 ราย

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมจำนวน 69 ราย มีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 4 ราย (ร้อยละ 5.80) ภายใน 90 วัน และ 6 ราย (ร้อยละ 8.70) และภายใน 180 วัน 8 ราย (ร้อยละ 11.59) สำหรับกลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมมีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 7 ราย (ร้อยละ 13.72) ภายใน 90 วัน 8 ราย (ร้อยละ 15.68) และภายใน 180 วัน 11 ราย (ร้อยละ 21.57) การวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลระหว่าง 2 กลุ่มโดยสถิติ Two-way ANOVA พบว่าค่าปฏิเสธสมมติฐานระหว่างการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมและระยะเวลาของการกลับมารักษาซ้ำ (28 วัน 90 วัน และ 180 วัน) มีอิทธิพลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,2} = 847.175$; $p = .001$) ค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,2} = 88.407$; $p = .011$) ค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 90 วัน และ 180 วัน มีอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือช่วงเวลาที่กลับมารักษาซ้ำที่แตกต่างกัน มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำ ($F_{2,2} = 20.412$; $p = .047$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมโดยสถิติ Two-way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การมี / ไม่มี APN ในทีม	103.335	1	103.335	88.407	.011*
การกลับมารักษาซ้ำ	47.718	2	23.859	20.412	.047*
การมี / ไม่มี APN ในทีม* การกลับมารักษาซ้ำ	990.221	1	990.221	847.175	.001**
Error	2.338	2	1.169		
รวม	1143.612	6			

สำหรับการทดสอบพหุคูณ (ด้วยวิธี LSD) พบค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำในคู่ที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันและ 180 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ นั่นคือในกลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมมีค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันและ 180 วันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่าง 7- 417 วัน โดยมีค่าเฉลี่ย

จำนวนวันนอน 84.71 ± 89.48 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลจากทีมที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่าง 15-70 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน 31.62 ± 13.98 เมื่อทดสอบความแตกต่างของ Mean rank ของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าจำนวนวันนอนของกลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

	ไม่มี APN ในทีม (n = 51) $\bar{X} \pm SD$	มี APN ในทีม (n = 69) $\bar{X} \pm SD$	สถิติ Z	p-value
จำนวนวันนอน	84.71 $\pm$ 89.48	31.62 $\pm$ 13.98		
Mean Rank	73.84	48.58	3.975	.000***
Sum of Ranks	3766	3255		

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีมมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่าง 7,092 – 217,519 บาท และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย $57,825.90 \pm 58567.97$ ในขณะที่กลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีมมีค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาลระหว่าง 9,926 – 44,072 บาท และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย $21,545 \pm 8,880$ เมื่อเปรียบเทียบค่า mean rank ของทั้งสองกลุ่มโดยสถิติ Mann-Whitney U test พบกลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม

	ไม่มี APN ในทีม (n = 51) $\bar{X} \pm SD$	มี APN ในทีม (n = 69) $\bar{X} \pm SD$	สถิติ Z	p-value
ค่ารักษาพยาบาล	57825.90 ± 58567.97	21545 ± 8880		
Mean Rank	76.51	48.67	4.335	.000***
Sum of Ranks	3902	3358		

ส่วนที่ 4 ประโยชน์ของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลากร

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นแบบอย่างในการทำงานของพยาบาล มีรูปแบบการพัฒนาด้านให้มีความรู้เชิงลึกทางคลินิก ทำให้สามารถพัฒนางานคุณภาพของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน ทำให้งานด้านวิชาการและการปฏิบัติในคลินิกมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของทีมสหวิชาชีพ สามารถถ่ายทอดงานแก่บุคลากรอื่นๆ เป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลเชิงลึก จนได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรในการบรรยายในโครงการอบรมต่างๆ ทั้งในและนอกหน่วยงาน ทำให้ผู้ร่วมงานมีความรู้ความสามารถและให้ความ

ร่วมมือในการทำงานเป็นทีม ช่วยบุคลากรสร้างผลงานทางวิชาการ

“รู้สึกภาคภูมิใจและกตัญญู ทั้งชื่นชมมันมีหลายความรู้สึกในด้าน positive พี่เขา (APN) เป็นโมเดลที่ดีในบทบาทเอพีเอ็น เพราะว่า จากเดิมที่เราไม่เคยมีระบบ case management ตอนนี้ชื่นชมนะ เขาสามารถที่จะเปลี่ยนระบบของโรงพยาบาลเป็นระบบเชิงคุณภาพ สามารถที่จะบอกบทบาทของ APN ได้ทั้งหมดเลยนะ ทำให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้นพอมีระบบนี้ปีทุกคนรู้ว่าจะต้องเข้ามาหาคนไข้หมดเลย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการที่จะดูแลผู้ป่วยตรงนั้นมันมีความสำคัญ ก็เลยมีความรู้สึกชื่นชมและพยายามที่จะเอาพี่เขาเป็นโมเดลในการเป็นบทบาท เอพีเอ็นที่ตัวเองได้รับมา ก็พยายามที่จะให้

ได้ตามที่พี่เขาทำ ก็พยายามที่จะศึกษาเรียนรู้ในหลายๆ เรื่อง” (รายที่ 2)

ประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นแนวทางของผู้บำบัดในทีมจิตเวช 7 วิชาชีพทั้ง พยาบาล จิตแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาระลดลง ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยลง ทำให้ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจากเครือข่ายที่ประสานจากทีมโรงพยาบาล

“เท่าที่ผมสัมผัส ผมคิดว่าคนไข้ได้ประโยชน์ญาติก็ได้ประโยชน์ ลองดูตัวเลข แม้มันไม่ได้สะท้อนถึงบริบท แต่เราคิดว่า ถ้าในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ เห็น length of stay (ระยะวันนอนในโรงพยาบาล) ลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ลดลง readmission (การกลับเข้ามารักษาซ้ำ) ก็ลดลงในกลุ่มที่เก (APN) ทำนะ กลุ่มที่ทำวิจัยเชิงปริมาณ แต่เชิงคุณภาพก็จะเห็นอยู่ว่ามันดีขึ้น เพราะว่าหนึ่งมันมีระบบเกิดขึ้นเชิงคุณภาพ เราเห็นว่ามันมีการดูแลที่ชัดเจนขึ้น มีศูนย์เตรียมความพร้อม มีเรื่องของระบบ discharge planning (การวางแผนก่อนจำหน่าย)” (รายที่ 1)

ประโยชน์ต่อองค์กร

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์กร โดยพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และเป็น

ส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและช่วยให้โรงพยาบาลสามารถผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในองค์กร เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นนักพัฒนาบนพื้นฐานบุคลิกภาพที่เป็นมิตร มีความรับผิดชอบสูง และมีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังช่วยสร้างผลงานทางวิชาการให้กับทีมงาน ได้นำเสนอและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ส่งผลให้องค์กรมีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจากองค์กรต่างๆ มากมาย

“เท่าที่พี่เห็น ทุกครั้งเวลาที่หน่วยงานจากต่างประเทศเขามาดูงานคุณภาพของโรงพยาบาล ก็ยังไม่เห็นครบวงจรแบบนี้มาก่อน เพราะฉะนั้นองค์กรได้รับเต็มๆ ในเรื่องของชื่อเสียง การลดค่าใช้จ่าย และภาพการดูแลผู้ป่วยที่เราดูแลเป็นทีมทำให้คนไข้ได้ดี ทำให้คนไข้กลับบ้านได้เร็ว และโรงพยาบาลผ่าน HA (รับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล) เชื่อว่าที่ สรพ. (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) ให้ผ่านก็เหตุผลตรงจุดนี้ เพราะเห็นความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยครบวงจรจริงๆ เราไม่ได้พูดอย่างโกหก” (รายที่ 8)

ประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายของประเทศ ซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม นอกจากนี้ยังลดภาระของผู้ดูแลซึ่งไม่สามารถประเมินเป็นมูลค่าหรือตัวเลข ส่วนหนึ่งถูกจัดการแก้ไขโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ซึ่งทำงานเชิงลึกทางคลินิก สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงและพัฒนางานให้มีคุณภาพดีขึ้นสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุดและครอบคลุม เป็นที่ยอมรับของทีมีวิชาชีพสุขภาพ

“พี่ว่าดิฉันะ ลดการ readmission (กลับมารักษาซ้ำ) คนไข้อยู่ในชุมชนได้นาน อย่างน้อยๆ เราได้ฟื้นฟูและส่งเสริมเขาให้อยู่ในชุมชนได้นาน แทนที่เขาจะเอาเวลานั้นมาอยู่ในโรงพยาบาล และการที่มาอยู่โรงพยาบาลก็ช่วยให้เขาดูแลตัวเอง มีศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในชุมชนได้นาน มันก็จะตอบได้ว่าเป็นประโยชน์กับประเทศโดยภาพรวม การทำ case management ในชุมชนมันก็สามารถที่จะช่วยยืดระยะเวลาของการให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน และคนไข้ก็จะมาที่ day care clinic (แผนกผู้ป่วยกลางวัน) ซึ่งมันครบวงจร ตรงนี้คนไข้ก็จะกลับมาสู่ระบบโรงพยาบาลน้อยลง ” (รายที่ 4)

สรุป ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า หลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเข้ามาจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28, 90 และ 180 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งจำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลลดลง มีโครงการปรับปรุงคุณภาพการบริการเกิดขึ้นหลายโครงการ เช่น การจัดการรายกรณี โครงการสายใยครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก การพัฒนาและการใช้แผนการดูแลล่วงหน้า การสร้างและใช้แนวปฏิบัติเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตามประเมินและจัดการผลลัพธ์โดยการวิจัย ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทุกคนมองเห็นว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์กร โดยพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและ

ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถผ่านการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล นอกจากนี้กรณีศึกษาผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในองค์กร เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นนักพัฒนาบนพื้นฐานบุคลิกภาพที่เป็นมิตร มีความรับผิดชอบสูงและมีจิตใจเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังช่วยสร้างผลงานทางวิชาการให้กับทีมงานและได้เผยแพร่ผลงานสู่สาธารณะส่งผลให้องค์กรมีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจากองค์กรต่างๆ มากมาย

อภิปรายผล

คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการศึกษานี้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยจิตเวชมานานก่อนที่จะศึกษาต่อในระดับปริญญาโท หลังสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทแล้ว ได้กลับไปปฏิบัติงานในสาขาที่ตรงกับประสบการณ์และการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา แต่รับผิดชอบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นกลุ่มโรคที่สำคัญและสร้างภาระให้กับโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นระบบได้ชัดเจนและเร็วขึ้นโดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนาบทบาทและสร้างงานการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ปี จึงสามารถสอบวุฒิปดกแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ แสดงให้เห็นถึงคามมุ่งมั่นในการ

พัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งด้านการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลตลอดระยะเวลาของการทำงาน จึงทำให้สามารถสร้างผลงานและสามารถสอบรับวุฒิบัตรจากสภาการพยาบาลได้สำเร็จ

คุณลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลชั้นสูงประสบความสำเร็จและมีความสุขจากการทำงาน คือการเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความกระตือรือร้น ตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ช่างสังเกต ละเอียดอ่อนและใส่ใจในรายละเอียด ทุกๆ อย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกและเป็นรากฐานสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัว¹³ ส่งผลให้เข้าถึงและแก้ไข ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังเป็นผู้ที่มีความพร้อมและมีความสามารถที่จะเรียนรู้ในทุกๆ ด้าน มีความสามารถในการบูรณาการความรู้จากศาสตร์สาขาการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีบุคลิกภาพที่เป็นมิตร มีน้ำใจพร้อมที่จะช่วยเหลือบุคลากรในทีมจิตเวช เป็นผลให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต้องใช้ศักยภาพในการติดต่อสื่อสารและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุชัดเจนว่าปัจจัยด้านผู้ร่วมงาน¹⁴ และทีมสหสาขาวิชาชีพ¹⁵ เป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการทำงานให้สำเร็จของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลหลังจากมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม

มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้ใช้ระบบการจัดการรายกรณี ซึ่งมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเป็นทั้งผู้ให้การพยาบาลโดยตรงและเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลในทีม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีลักษณะเป็นองค์รวมโดยมีการประเมินครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ มีการส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลตามแนวทางการดูแลของระบบ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นก็จะย้ายเข้ามาอยู่ในศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย รับผิดชอบให้การดูแลเพื่อการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย กลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน พยาบาลจะให้การพยาบาลตามรูปแบบ DMETHOD¹⁶ ซึ่งการให้การพยาบาลตามรูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสิ่งต่อไปนี้ D = Disease ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุและแผนการรักษาต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาและการป้องกันการป่วยซ้ำ M = Medication ความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ E = Environment & Economic ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมและการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน T = Treatment เข้าใจเป้าหมายของการรักษาและความสามารถในการเฝ้าระวังอาการของตนเอง H = Health เข้าใจภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน O = Outpatient referral เข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการส่งต่อเพื่อการรับบริการต่อเนื่อง และ D = Diet ความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารหรือสารน้ำที่ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ซึ่งในการดูแลตามกระบวนการ DMETHOD นั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและพิจารณาประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับผลตามกระบวนการดังกล่าวอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ในการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและพยาบาลในทีมมีการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่เป็นกระบวนการร่วมมือช่วยเหลือบนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์จะทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสามารถพัฒนาต่อไปในอนาคตมากกว่าการเน้นหาสาเหตุของโรค¹⁷ บทบาทดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการดูแลตนเองมากขึ้น

ภาระการดูแลของผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.14) รับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลาง และร้อยละ 21.42 รับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย การที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลางถึงน้อยอาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย จิตเภทและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น อายุของผู้ดูแล เพศ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์เครือญาติระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่งแล้ว จึงทำให้การรับรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของแมคโดนัลล์และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย ทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลมาก เนื่องจากมีความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเจ็บป่วยของบุตรรวมทั้งการที่ผู้ป่วยยังมีอายุน้อยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยยังมีทักษะน้อยในการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพและมีทักษะน้อยในการดูแลตนเองจึงรู้สึกถึงความยุ่งยากที่ต้องดูแลและรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากพยาบาล

ผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 89.3) มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากพยาบาลในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและทีมให้การดูแลโดยใช้บทบาทอิสระ รวมทั้งติดตามกำกับกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติทั้งการสร้างเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผ่านเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและทีมพยาบาลจิตเวชใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสื่อสารที่เหมาะสม¹⁹ นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและการปฏิบัติตน การสอนทักษะการจัดการกับปัญหาทักษะทางสังคมเพื่อการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นบทบาทอิสระของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยในรายกรณีโรคจิตเภทมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ²⁰

ผลลัพธ์ด้านองค์การ

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก่อนมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากกว่าหลังมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ได้นำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการดูแลต่าง ๆ เช่น การวางแผนจำหน่ายโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical pathway) ที่บ่งชี้การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลา ผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการติดตามและปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งผลของการดูแลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงดังกล่าว ทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน และ 180 วันในอัตราที่ต่ำและต่ำกว่าการศึกษาของปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์และคณะ²¹ ที่พบว่าเมื่อนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน (90 วัน) และ 6 เดือน (180 วัน) เท่ากับร้อยละ 10.80 และ 5.40 ตามลำดับ

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมที่มี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากทีมที่ไม่มี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการพยาบาลและการบำบัดตามระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นระบบที่ลดการดูแลแบบแยกส่วนและลดความซ้ำซ้อน ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ มีสัมฤทธิ์ผลทางคลินิกและคุ้มค่าใช้จ่าย นอกจากนี้การที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic drugs) และปฏิบัติตาม clinical pathway ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างครบถ้วน เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทกลับมาดำรงชีวิตใน

ครอบครัวและชุมชนได้ การพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาทั้งการรับประทานยา การทำกลุ่มบำบัด หรือการบำบัดรายบุคคลรวมทั้ง การให้การปรึกษา และ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือรวมทั้งการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและผลการรักษา ส่งผลต่อการฟื้นหายได้เร็วและจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{20, 22}

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมากกว่าหลังมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงอยู่ในทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่มี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม มีระยะเวลาในการรักษา (จำนวนวันนอน) ในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในทีม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{20, 22} ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระบบการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็กและ ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ดังนั้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จึงน่าจะช่วยลดอคติลงได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น sensitive outcome อื่นๆ เช่น อาการของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อัตราการใช้สารเสพติด ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การจัดการกับอาการ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในชุมชนโดยการติดตามระยะยาว

2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สามารถพัฒนา คุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในระบบสุขภาพ ไทย สภาการพยาบาลควรศึกษาการกำหนดกรอบ อัตรากำลังและตำแหน่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในระบบสุขภาพของประเทศไทยโดย คำนึงถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก

3. สภาการพยาบาลควรมีคณะทำงานเพื่อศึกษา บทบาทและความจำเป็นในการขยายบทบาทของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น บรรเทาภาระของแพทย์และการขาดแคลนแพทย์ เช่น การดูแลรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะกรรมการเลขาธิการ วุฒิสภาผู้ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ เวชสถิติ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Schizophrenia. 2012 [cited 2012 April 30]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*. 2010; 8(1):24-31.
3. Barlow HD, Duran MV. *Abnormal psychology an integrative approach*. California: Wadsworth Cengage Learning; 2009.
4. Turner T. The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*. 2004;3(9):1-4.
5. มธุรดา สุวรรณโพธิ์. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกใน ชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา* 2551; 9 (1): 72-82.
6. Beecher B. The medical model, mental health practitioners, and individuals with schizophrenia and their families. *J Soc Work Pract*. 2009; 23(1): 9-20.
7. Buffum MD, Buccheri R, Trygstad L, Gerlock AA, Birmingham P, Dowling GA, et al. Behavioral management of auditory hallucinations. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009 Sep; 47(9):32-40.
8. Kalinyak CM. Schizophrenia treatment: the use of atypical drugs, risperdal, zypereza, and clozaril. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 1998 Sep; 4(2):445-51.
9. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press, Inc.; 2003.
10. จลี เจริญสรรพ, นพรัตน์ ไชยขำนิ, นิรมล โกสยพันธ์, พรประไพ แยกเต้า, พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. แบบสอบถามในการปฏิบัติงานจิตเวช ชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2547. *สุราษฎร์ธานี*; 2547.
11. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแล ผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

12. นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์และ สมจิต หนูเจริญกุล. การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2554; 17 (2): 264-77.
13. Kertchok R, Yunibhand J, Chaiyawat W. Creating a new whole: helping families of people with schizophrenia. Intl J Mental Health Nurs. 2011;20 (1):38-46.
14. ปรรธนา ลังการพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านจากพยาบาลทั่วไปสู่พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ 2551; 20(1): 121-43.
15. สุพร วงศ์ประทุม. การพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
16. ศูนย์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการรายกรณี. สรุทธฐาน: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
17. Cameron D, Kapur R, Campbell P. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005; 12(1): 64-74.
18. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. Fam Process. 2003 Spring; 42(1):91-103.
19. Forchuk C, Boyd AM. Communication and the therapeutic relationship. In: Boyd AM, editor. Psychiatric Nursing: Contemporary practice. 4th ed. Philadelphia. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 150-53.
20. จันทนา ศรีวิศาล, นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติและอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
21. ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลชนะพงศ์. การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. กรุงเทพมหานคร: พระธรรมขันธ์, 2547.
22. ประทุม พลไทย, นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของระบบการวางแผนจำหน่ายต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและผู้ดูแลและอัตราการกลับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.

Outcomes of Advanced Practice Nurse in Care Management for Schizophrenic Patients

Jiraporn Sonpaveerawong Ph.D., *

Niruemol Puekkong RN., **

Somchit Hanucharurnkul Ph.D. ***

Abstract: The purpose of this research was to investigate the outcomes of an advanced practice nurse (APN) in providing care for people with schizophrenia. The sample consisted of 1) one APN, 2) fifty one medical records of patients hospitalized with schizophrenia, 3) sixty nine patients with schizophrenia and their family caregivers, and 4) fourteen stakeholders who worked with the APN. The study was carried out in a psychiatric hospital in the south of Thailand. Both quantitative and qualitative data was collected. The quantitative data pertained to outcomes of patients and caregivers in their capacity of providing self care for the schizophrenic patients, the burden of the caregivers in providing care, and the satisfaction with nursing care provided by the nurse. The study assessed the organization by relapse rates, length of hospital stay, and cost of health care. Qualitative data pertaining to the structure and process of care provided by the APN was compiled through individual in-depth interviews and non-participatory observation. Qualitative data was analyzed by content analysis whereas quantitative data was analyzed using descriptive statistics and two-way ANOVA.

Results of the study revealed that the APN has an important role in the development of the quality of the services provided by the organization in meeting international standards. The value of the APN was recognized by various organizations, she was capable of making academic contributions to her team, and she contributed to the public recognition of her organization. In assessing the results of the study in both areas it was found that having an APN on the hospital team, the self-care ability and satisfaction were rated at high levels, the caregivers' burden was at a moderate level, relapse rates, hospital stays, and hospital expenses were significant lower than prior to having an APN functioning on the team ($p < .05$, $p < .001$, and $p < .001$).

The findings support the APN's contribution to the quality of care of patients with schizophrenia and mental health problems which resulted in developing a better quality health care system. It is recommended that the Thailand Nursing and Midwifery Council hasten to study and explore the need of expanding the scope of the APN in providing accessibility and quality care to patients with psychiatric problems as well as establishing APN positions within the health care system.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(2) 17-35

Keywords: structure, process, outcome, advanced practice nurse, schizophrenia

*Corresponding Author, Assistant Professor, School of Nursing, Walailak University, Email: jiraporns@gmail.com

**Registered Nurse, Suansarom Hospital, Thailand

***Professor Emeritus, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University