

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยศึกษากลุ่มเดียวและวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

สมมติฐานการศึกษา

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อายุไม่เกิน 60 ปีและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์อยู่ในชุมชนหลังได้รับการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ

2.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังข้อ 2.1 ซึ่งได้แก่ บิดามารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง ญาติ หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลจิตเวชทำการศึกษาผู้ป่วยจากเวชระเบียนเพื่อต้องการทราบที่อยู่ปัจจุบันหลังจากนั้นจึงประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 45 รายและประเมินตามคุณสมบัติเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังข้อ 1 ทำแบบวัดภาวะการดูแลที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างขึ้น โดยผู้ดูแลที่มีคะแนนภาวะโดยรวมมากกว่า

2.5 คะแนนจึงคัดผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยขอความสมัครใจและชี้แจงถึงประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเข้าโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

1.1 แผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Clinical pathway) ทำการสร้างโดยผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพโดยมีแนวทางการสร้างดังนี้ วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแล กิจกรรมหลักที่สำคัญ วิเคราะห์สิ่งที่ตามมาจากกิจกรรมหลัก กิจกรรมหลัก 4 อย่างได้แก่ การประเมินและทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค กิจกรรมการบำบัด การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและการวางแผนการจำหน่าย จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง จัดความสัมพันธ์ของกิจกรรมหลักกับการใช้แหล่งประโยชน์ จัดทำข้อมูลต่างๆไว้ในแผนการดูแลพร้อมระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพ แก้ไขปรับปรุงจนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหวิชาชีพทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ในเรื่อง ความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลและ กิจกรรมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และปรับแก้ไขภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาหลังจากนั้นไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

1.2 คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ของจินตนา ยูนิพันธุ์และอัญชัญ ไพบูลย์ (2546) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประกอบกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนจากตำราและเอกสารที่ศึกษา เขียนรายละเอียดของคู่มือสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา สำนวนภาษา และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำคู่มือไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดภาวะของผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้สร้างขึ้นโดยวิธีแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) ซึ่งได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงของภาวะในการดูแลโดยรวมมีค่าเท่ากับ 0.93 และความสัมพันธ์รายข้ออยู่ในเกณฑ์ดี คือความสัมพันธ์ราย

ข้อมากกว่า .2 ทุกข้อ ซึ่งแบบวัดภาวะของผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้สร้างขึ้นนั้นได้นำไปใช้วัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระ ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบวัดภาวะของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับยาต่อเนื่อง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่ผู้ศึกษาได้หาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการจัดทำโครงการ

3.1 แบบตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมในแผนการดูแล โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของกิจกรรมโดยวิธีการ check list

ขั้นตอนในการจัดทำโครงการศึกษาอิสระ

ผู้จัดทำโครงการดำเนินงานเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การชี้แจงผู้เกี่ยวข้องโดยผู้ศึกษาเข้าชี้แจงกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2548

2. สร้างเครื่องมือ

ขั้นดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานเพื่อขอความเห็นชอบโครงการจากผู้บริหารโรงพยาบาล

1.2 ทำแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

และผู้ดูแล

1.3 เตรียมความพร้อมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพโดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีจัดประชุม เพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย (Health Assessment / Screening) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

2.2 สร้างทีมงาน (Team Building) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหา โดยร่วมกันพิจารณาข้อมูลและ

วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่คุณภาพในการดูแล

2.3 ปฏิบัติการพยาบาล (Providiry nursing care) การดำเนินการตามแผนบุคลากรในทีมจะปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด

2.4 ประสานการดูแลรักษา (Coordinating / Care / Cure) โดยพยาบาลจิตเวช ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานกับทีมสหวิชาชีพ /ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแผนที่กำหนด

2.5 ติดตามกำกับคุณภาพการดูแล (Monitoring quality of care) โดยพยาบาลจิตเวชผู้จัดการรายกรณี ติดตามประเมินประสิทธิภาพของแผนการดูแล กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม

ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล(Pre-test) โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูล (Post- test) โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสิ้นสุดกิจกรรมในขั้นดำเนินการแล้ว 2 สัปดาห์ โดยออกประเมินร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ในชุมชนระหว่างก่อนและหลังการใช้การดูแลแบบผู้จัดการรายกรณีแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สรุปผลการศึกษา

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษา คือภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้ใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย นั่นคือ การใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทั้งนี้เนื่องจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นแนวคิดการให้บริการอย่างเป็นระบบ เน้นเรื่องการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ให้บริการในสาขาต่างๆ เพื่อที่จะมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Pai & Kapur (1982) ได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช 24 รายพบว่า การเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือจากพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ความรู้สึกเดือร้อนจะน้อยลงและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ดี และสรุปว่า การเยี่ยมบ้านของพยาบาลช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว ซึ่งเป็นผลมาจากการให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยและเป็นการลดค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ซึ่งแนวทางการลดภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช (Elloit, 1998; Dunkin, 1998) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมบำบัดต่างๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และมีการติดตามความก้าวหน้าและพัฒนาการของผู้ป่วยในทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆแก่ผู้ป่วยนั้นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการวางแผนในกิจกรรมต่างๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นจะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลงตามมา และอีกแนวทางที่ลดภาระการดูแลได้คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้บริการได้ในสังคม เช่นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและวิธีสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ทักษะการดูแลผู้ป่วย และอาการที่ควรเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญแก่ครอบครัวในเรื่องการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาระการดูแลลดลงได้

เมื่อพิจารณาคะแนนภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาระในการดูแลจำแนกตามรายชื่อก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 12 ข้อ โดยที่

คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง สำหรับปัญหาด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล ในข้อที่ 11 และ 12 ซึ่งมีคะแนนภาวะการดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยระดับของภาวะลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง ส่วนปัญหาด้านการดำเนินชีวิตมีคะแนนภาวะการดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในข้อ 2 คะแนนภาวะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งหลังจากการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานมื้อกลางวันแทนผู้ดูแลซึ่งต้องไปประกอบอาชีพ ดังนั้นการหยุดงานเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับองค์การบริหารส่วนตำบลมีงบประมาณให้สำหรับผู้ป่วยจิตเวช รายเดือน ซึ่งจะเป็นการลดภาระทางด้านเศรษฐกิจลงได้ส่วนหนึ่ง

เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาวะในการดูแลจำแนกตามรายข้อก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 9 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนไม่แตกต่างกันจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10 , 11 และ 12 คือ ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วย ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน จากข้อมูลของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดจะเป็นญาติสายตรงที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเรื่องความสงสาร ความเป็นห่วงจะไม่ลดลง ซึ่ง Huang & Mao (1991) ทำการวิจัยครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 63 รายในประเทศไต้หวัน พบว่า สิ่งที่ทำให้ญาติรู้สึกเดือดร้อนมากที่สุดคือ ความรู้สึกเป็นห่วงว่าเมื่อตนจากไปแล้วใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่วนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยในด้านความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อบ่อยไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย มีคะแนนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน

จากการปรับระบบการรักษาผู้ป่วยให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ชุมชนเร็วขึ้น และพบว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางโดยเฉพาะจิตแพทย์ นอกจากนี้ยังไม่มีพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความชำนาญที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยในพื้นที่หลายคนมีประวัติการป่วยซ้ำ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวและเลี้ยงชีพได้ จึงก่อให้เกิดภาระแก่ญาติตามมา จากการนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่ามีการปรับระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ชัดเจนขึ้น มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้งในระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชน มีแผนการดูแลผู้ป่วยและมีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันสร้างขึ้นและปรับใช้ให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทผู้ประสานงาน ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเป็นตัวแทนของ

ผู้ป่วยในการนำบริการต่างๆมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับบริการตามความต้องการและปัญหาสุขภาพ ซึ่งระยะเวลาการดูแลโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี 6 สัปดาห์ เห็นผลได้ชัดในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในขณะที่ป่วยเป็นระยะเวลาไม่นานผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถรับผิดชอบงานในบ้านเล็กๆน้อยๆได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยที่ป่วยมานาน 10 ปีขึ้นไป การกระตุ้นเพียง 6 สัปดาห์พฤติกรรมดูแลตนเองจะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังเห็นผลได้ชัดในผู้ป่วยที่ขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะได้รับการแก้ไขและช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน ดังนั้นในผู้ป่วยบางรายต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานมากกว่า 6 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ในด้านการบริการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งรูปแบบนี้ได้ปรับให้เหมาะกับโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทในด้านการดูแล ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเป็นตัวแทน ำทำหน้าที่เป็นคนกลางในการนำทรัพยากรและบริการต่างๆไปสู่ผู้ใช้บริการ นอกจากนี้แล้วผู้จัดการรายกรณีจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งควรได้รับการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้จัดการรายกรณี และทำความเข้าใจกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด และสิ่งสำคัญคือ การปรับแผนการดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบโดยใช้ความเห็นของทีมสหวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วยรูปแบบนี้สามารถปรับใช้ได้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย นอกจากนี้ควรจัดทำโครงการในการดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบครัวในเขตรับผิดชอบและควรมีการศึกษาวิจัยต่อในผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ควรใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นระยะเวลานาน หรือผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกปรับพฤติกรรมและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในทุก 1 เดือน จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล